UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1962 N° 46

LES ÉTATS PSYCHOTIQUES ET NÉVROTIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ

(d'après 131 observations)

(Travail de la Clinique Neurologique et Psychiatrique de la Faculté
Directeur : Professeur Jean Géraud, et de la Clinique Obstétricale
Directeur : Professeur Guilhem)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

PAR

Madame Paule FAURÉ-AMIEL

Ancienne Externe des Hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM.	GÉRAUD	*Président*
	GUILHEM	*Assesseurs*
	RASCOL	
	LABOUCARIÉ	
	GLEIZES	*Suppléant*

Imprimerie Édouard Privat
14, rue Idrac — Toulouse

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0033

LES ÉTATS PSYCHOTIQUES ET NEVROTIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ

(d'après 131 observations)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : M. LAZORTHES.
1er Assesseur : M. BLANC.
2e Assesseur : N..
Doyens honoraires : MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.
Professeurs honoraires : MM. RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER, SOULA.

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	M. MÉRIEL
Clinique médicale	M. GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique	M. FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du cancer	M. GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	M. VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	M. BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	M. MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	M. LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	M. SOREL
Clinique neurologique et psychiatrique	M. GÉRAUD
Clinique obstétricale	M. GUILHEM
Clinique ondo-stomatologique	N...
Clinique ophtalmologique	M. CALMETTES
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	M. CALVET
Clinique rhumatologique	M. RUFFIÉ (R.)
Clinique traumatologique des membres	M. RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	M. PONTONNIER
Anatomie	M. LAZORTHES
Anatomie appliquée	M. POUILHÈS
Anatomie pathologique	M. FABRE (J.)
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale	M. ANDRIEU
Chimie biologique	M. VALDIGUIÉ
Electro-radiologie	M. MARQUÈS
Embryologie générale	M. BROUSSY (J.)
Histologie	M. BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	M. PLANQUES
Médecine sociale	M. BONHOURE
Parasitologie	M. BOUISSET
Pathologie chirurgicale	M. DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	M. SENDRAIL
Physico-chimie	M. AUVERGNAT
Physiologie	M. LAPORTE (Y.)
Physiologie appliquée et pharmacologie	M. BAISSET
Physique biologique et médicale	M. BUGNARD
Propédeutique médicale	N...
Thérapeutique	M. DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M. COULOUMA
Pathologie médicale	M. LAPORTE (J.)
Bactériologie	Mme ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	M. DOUSTE-BLAZY
Physique médicale	M. BRU

Ce travail est dédié

A MES PARENTS

A MON MARI

A MON FILS PHILIPPE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE ET MA BELLE-FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A notre MAITRE,

Monsieur le Professeur RISER.

Professeur honoraire à la Faculté,

Membre correspondant national de l'Académie de Médecine,

Membre honoraire de la Société Française de Neurologie,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Médaillé militaire.

A notre JURY de THÈSE :

Monsieur le Professeur Guilhem,
Professeur de Clinique Obstétricale,

Monsieur le Professeur Rascol,
Professeur Agrégé à la Faculté.

Monsieur le Docteur Laboucarié.
Chargé de cours à la Faculté,

Monsieur le Professeur Gleizes,
Professeur Agrégé à la Faculté.

A nos MAITRES DE LA FACULTÉ et des HOPITAUX

A NOS CAMARADES D'EXTERNAT

INTRODUCTION

La survenue de troubles mentaux au cours de la puerpéralité, et particulièrement après l'accouchement, a conduit autant l'accoucheur que le psychiatre, à admettre la notion de Psychoses puerpérales, en tant que troubles psychiatriques spécifiques, puisque « l'étiologie » puerpérale apparaissait évidente.

Mais la question de la spécificité des Psychoses puerpérales s'est posée à tout clinicien soucieux de vérifier s'il s'agissait réellement de psychoses d'étiologie spécifique, ou s'il s'agissait de psychoses de coïncidence.

L'historique montrera que pour conceptualiser ces Psychoses puerpérales on a invoqué successivement les étiologies qui se proposaient à chaque époque suivant les progrès des sciences médicales. Si à la phase préhistorique, hippocratique on recherchait le fondement organique de ces psychoses dans l'invasion du cerveau par le mélange des lochies et du lait, successivement l'origine infectieuse, puis l'origine toxique, puis le déterminisme endocrinien ont paru définir ces Psychoses sur le plan organique.

Dans une perspective toute différente, qui délaissait le déterminisme organique pour ne connaître que des causes et des mécanismes purement psychogènes, les écoles analytiques contemporaines prétendent redonner une spécificité aux Psychoses puerpérales, dans la mise en valeur de facteurs psychogénétiques se révélant au cours de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez certaines femmes dont le degré d'immaturation affective ne permet pas d'intégrer l'événement puerpéral.

Mais ces données étiologiques aussi bien organiques que psychiques, ne permettent pas, considérées isolément, une étude clinique et pathogénique exhaustive, et surtout n'apportent aucune donnée thérapeutique suffisante. C'est pourquoi, tout en refusant de se contenter de la notion trop superficielle de Psychoses de coïncidence, on doit renoncer à la notion de spécificité. En effet les Psychoses puerpérales sont liées à la *convergence d'une série de facteurs* où la personnalité de la malade, son environnement familial, l'importance de l'événement grossesse-accouchement vécu

à un certain moment de l'existence, comptent autant que les « crises » endocriniennes qui sont à la base de toutes les phases de la puerpéralité mais qui d'une manière générale ne comportent pas de rôle spécifiquement pathogène différent des modifications endocriniennes de la crise pubertaire ou de la crise ménopausique.

C'est pourquoi, après un essai d'étude comparative sur 36 cas de Psychoses puerpérales, fait par notre Maître M. Laboucarié, en 1949, nous avons repris sous sa direction, et avec un recul suffisant, une étude plus générale portant sur 131 observations, pour essayer de dégager les principaux aspects cliniques, étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques des états Psychotiques et Névrotiques de la Puerpéralité.

HISTORIQUE

La folie survenant à l'occasion de la maternité a de tout temps frappé les esprits.

Dans l'antiquité, la folie gravidique offrait à la compréhension des médecins hippocratiques une étiologie saisissante, qui contrastait avec le mystère habituel des désordres mentaux. C'est ainsi que Galien, Celse ou Soramus donnaient de ces faits des explications qui survivent encore sous une forme magique analogues à certaines croyances populaires encore vivantes sur la puerpéralité.

N'avaient-ils pas constaté en effet « la remontée au cerveau des lochies et du lait »?

Mais, comme le souligne Brisset, c'est à Esquirol (1819) que nous pouvons faire remonter la période descriptive des grands accidents psychiatriques de la puerpéralité. J. Mac Donald (1850) et Marce, dans son « traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices » vont donner de ces accidents des descriptions cliniques détaillées.

Cependant, le seul fait que toutes les femmes enceintes ne fassent pas d'accident psychiatrique va rendre insuffisante la notion de puerpéralité. Dès lors vont se développer toutes sortes d'explications qui réflètent assez fidèlement les théories régnantes en pathologie générale, et qui sont à l'origine des étiologies successivement invoquées.

L'infection fut la plus ancienne. C'est surtout au moment des conquêtes pastoriennes que foisonnent les travaux venant à l'appui de cette thèse, avec Cambell, Clark (1886), Hansen (1888), Lallier (1892) et Idanoff (1893).

Dans le même temps, cependant, certains auteurs frappés par la non spécificité des accidents psychopuerpéraux, croient davantage au rôle prédominant du terrain, de la prédisposition morbide, Magnan (1877), Toulouse (1893).

Assez paradoxalement en apparence, ces auteurs en arrivaient même à nier l'individualité nosographique de ces psychoses : Gilbert Ballet n'allait-il pas jusqu'à dire « il n'y a pas de psychose

puerpérale ». Les troubles sont constitutionnels, la puerpéralité ne fait que les révéler.

En contradiction avec ces deux thèses précédentes, Régis prétendait à la même époque que ces psychoses pouvaient s'expliquer par une auto-intoxication. Longtemps soutenue cette thèse avait tendance à assimiler Psychose puerpérale et éclampsie.

Mais bientôt toutes ces explications vont être battues en brèche par deux apports nouveaux. En effet, des auteurs contemporains prennent de plus en plus en considération les nouvelles études d'endocrinologie de la grossesse, et les facteurs psychologiques et sociaux qui entourent la gravidité et la puerpéralité.

Si déjà Camton en parlant de « réflexes utérins » faisait figure de précurseur en matière d'endocrinologie de la grossesse, c'est à Sivadon en 1933 que reviennent les premiers travaux sur le déséquilibre lutéino-folliculinique.

Citons à la même époque les études de Guiraud et de Haas (1939) qui recherchent les causes des vraies Psychoses puerpérales dans une déficience « vitamino-hormonale ». Parallèlement à cette tendance, la prise en considération des facteurs psychogénétiques individuels et sociaux de la grossesse, ouvre une perspective nouvelle par la mise en valeur des conduites et des motivations de la femme enceinte dans le déterminisme des Psychoses puerpérales.

Aux facteurs génétiques et endocriniens viennent se superposer et pour certains se substituer les facteurs d'adaptation à la gravidité et à la maternité révélés par les études de psychopathologie contemporaines.

Ainsi le véritable problème des Psychoses puerpérales se situe-t-il maintenant dans une perspective plus large et plus compréhensible. Si initialement on ne considérait que les psychoses seules, on reconnaît importants les accidents plus mineurs (névroses puerpérales), qu'il est aisé de rattacher à la structure de base de ces malades, et qui dans une certaine mesure éclairent mieux la signification des accidents psychotiques majeurs de la puerpéralité. C'est à l'ethnographe américaine Margaret Mead que nous devons, grâce à son ouvrage sur les Sociétés primitives (1935) cette nouvelle orientation de la question. Les récentes études sur la psychologie de la maternité, effectuées par V. Klein (1946), H. Deutsch (1947) et M. Langer (1952) ont montré que cette maternité, comme fait psychologique et social, ne pouvait être séparée de l'adaptation générale de la femme à ses conditions de vie. Depuis, ces notions ont été souvent confirmées aussi bien par

des spécialistes gynécologues, pourtant étrangers à la psychiatrie, que par les Psychiatres eux-mêmes, et tout récemment Racamier et Coll viennent de consacrer à la relation mère-enfant dans les psychoses du Post Partum (1961) une pénétrante étude.

Ainsi la synthèse de ses différentes théories paraît à l'époque actuelle possible. Si nous sommes à la période thérapeutique où l'infection peut être prévenue et combattue par l'emploi rationnel des antibiotiques, où les troubles endocriniens peuvent être corrigés par les associations hormonales, nous sommes surtout maintenant en mesure d'obtenir la réduction souvent rapide et presque constante des divers syndromes mentaux qui, dans la majorité des cas, éclatent au cours de la puerpéralité en dehors de toute étiologie infectieuse ou hormonale spécifique. Et c'est pourquoi les auteurs contemporains avec G. Schneider (1957) et I. Bellak adoptent vis à vis des Psychoses puerpérales une conception éclectique ou multifactorielle, et que, à la limite, ces Psychoses n'ont même plus place dans la nomenclature américaine contemporaine.

C'est donc que « les accidents psychiatriques de la gravidité et la puerpéralité ne peuvent se réduire à une détermination simple. Il en est ici comme dans tout chapitre de psychiatrie : une confluence de causes en est responsable. Ce qui explique les tribulations de leur histoire ».

ÉTUDES STATISTIQUES

Avant d'aborder l'étude clinique, il est intéressant de se référer à certaines données statistiques générales tout en montrant combien elles sont souvent difficiles à interpréter.

Ces psychoses puerpérales apparaissent de façon statistiquement variable, et si les chiffres de 1 psychose pour 80 accouchements selon Barker, ou de 1 sur 200 accouchements selon Regis semblent vraiment excessifs, les chiffres de 1 cas sur 1 000 accouchements paraissent actuellement plus en rapport avec la réalité.

De même, tandis qu'autrefois Esquirol, Kraepelin, Marce, dénombraient 7 à 8 psychoses puerpérales sur 100 entrées en milieu psychiatrique, tandis que Schmidt admettait une proportion de 10 %, les chiffres français actuels semblent moindres : Guiraud donne 6,4 %, Sivadon 3,5 %, Gentis 2 %, Laboucarié 4 % et Mares et Bare 13,9 %, mais en milieu musulman algérien (1960-1961).

Ces chiffres semblent indifféremment valables qu'il s'agisse de primipares ou de multipares. Et si les femmes paraissent particulièrement exposées à ces troubles entre 25 et 30 ans, on a cependant constaté des écarts extrêmes entre 16 et 45 ans. D'après Margaret Mead, ces psychoses puerpérales seraient moins fréquentes chez les primitives que chez les civilisées.

Quant au problème de l'existence ou non des antécédents psychotiques, on retrouve de grandes différences d'appréciation : pour Aschafenbach, 80 % des malades auraient un passé psychique; ces chiffres semblent nettement trop forts pour Menzies qui parle de 25 % ou pour Balduzzi ou Hemfhill qui parlent de 14 %. D'après nous, il ne paraît pas excessif de parler d'une proportion de 30 % dans laquelle il faut inclure des accidents survenus au cours de grossesses précédentes. Tous les auteurs sont d'ailleurs d'accord pour admettre le danger de récidive.

Mais une telle investigation est assez superficielle et partielle parce qu'elle ne retient que les accidents majeurs. Il faudrait pouvoir faire état des accidents mentaux mineurs de type caractériel et connaître toute la structure de base qui est bien difficile à saisir sur de simples données statistiques.

En fait, une distinction s'impose entre les psychoses gravidiques et les psychoses du post partum. Les antécédents psychopathiques soit héréditaires soit personnels, manifestations psychosomatiques antérieures, anomalies affectives constitutionnelles sont la règle dans les psychoses gravidiques au point que l'on pourrait presque avancer statistiquement qu'il n'existe qu'un rapport de coïncidence entre la grossesse et l'atteinte mentale comme une étude l'avait précisé en 1949.

Au contraire, dans le groupe des psychoses du post partum, nous trouvons la plus grande proportion d'états mentaux chez les femmes sans antécédents psychopathiques. Du point de vue statistique, on peut trouver là un argument en faveur de la thèse qui n'accorde d'individualité clinique qu'aux psychoses du post partum.

Enfin, ces accidents ont-ils des dates électives d'apparition?

Il semble que les psychoses gravidiques apparaissent à n'importe quelle période entre le 2e et le 6e mois, tandis que les psychoses du post partum se manifestent toujours entre le 2e et le 21e jour. Passées ces dates, il est coutume de les dénommer psychoses de la lactation sans pour autant pouvoir leur assigner des caractères particuliers.

TABLEAU DES OBSERVATIONS

Nous résumons dans les tableaux ci-après les documents cliniques qui constituent la base de cette étude et qui comportent cent trente observations d'états mentaux survenus au cours de la puerpéralité.

Ces observations s'appliquent pour la majorité des cas :

— à des malades hospitalisées dans une maison de santé de 1939 à 1961 inclus.

— pour une autre part, au Service de Psychiatrie fermé de la Clinique Neuropsychiatrique Universitaire de Toulouse portant sur une période de onze ans, de 1950 à 1961 inclus.

La majorité de ces cas correspond à des états psychotiques, une minorité à des crises névrotiques, mais dont le caractère aigu avait nécessité l'hospitalisation.

Ces psychoses sont classées en :

— Psychoses et névroses de la grossesse ou psycho-névroses gravidiques.

— Psychoses du post partum, qui peuvent se répartir dans trois groupes principaux :

1. Les mélancolies.

2. Psychoses aiguës à type de structure délirante aiguë ou confuso-maniaque.

3. Les psychoses à tendances évolutives.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
5	BAS.	21 ans 24 ans 26 ans	1942 1945 1947	1er Gr. N. 2e Gr. N. 3e Gr.	6e mois	Mélancolie anxieuse.
13	CAL.	26 ans	1958	1er Gr.	8e mois	Délire polymorphe.
16	CAR.	26 ans	1945	2e Gr.	2e mois	Mélancolie névrotique.
29	EST.	25 ans	1960	2 FC 3e Gr.	3e mois	Vomissements incoercibles.
52	NIC.	30 ans 44 ans	1943	Avortement 2e Gr.	7e mois	Mélancolie post-abortum. Confusion anxieuse.
73	VID.	22 ans	1955	2e Gr.	3e mois	Délire polymorphe oniroïde. Syndrome de dépersonnalisation.
76	YAG.	23 ans	1958	1er Gr.	7e mois	Délire polymorphe.
77	CHA.	28 ans 34 ans	1948	1er Gr. N. 2e Gr.	8e mois	Mélancolie.
78	OLI.	37 ans	1944	1er Gr.	3e mois	Mélancolie.
79	BAT.	18 ans	1946			Schizophrénie.
80	MET	33 ans	1946	1er Gr.	2e mois	Troubles névrotiques.
81	MER.	38 ans	1942	1er Gr.	6e mois	Accidents névrotiques hystériques.
82	AMA.	42 ans	1943	2e Gr.	3e mois	Démence.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
8 jours	3 EC.		Rechute post-partum. 6 EC. en 15 jours. Guérison.
10 jours	10 EC.	Largactil 200	Rechute post-partum. 10 EC. en 3 semaines. Rechute 5 mois plus tard.
11 jours	4 EC.		Rechute post-partum 4.
9 jours	3 EC.		Rémission.
12 jours	4 EC.	Largactil 200	Rémission.
13 jours	6 EC.	Largactil 200	Rechute post-partum. 11 EC. en 1 mois. Rémission. 2e rechute 10 jours plus tard EC. 3e rechute 2 mois : Sakel. Largactil.
1 mois	18 EC.	Largactil 300	Rechute post-partum 20e j. 14 EC. Largactil 400 en 1 mois. Guérison.
20 jours	10 EC.		Guérison. Accouchement normal.
1 mois	20 EC.		Rémission incomplète. Guérison après accouchement. 2 rechutes mélancoliques 9 ans et 14 ans plus tard.
48 h.	7 EC.		Rémission incomplète Evolution des troubles mentaux.
3 mois			Isolement. Guérison.
			Après accouchement : Guérison.
			Internement en Hôpital Psychiatrique.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
99	UCH.	23 ans	1961	1er Gr.	4e mois	Vomissements. *Mélancolie.*
101	GAY.		1951	1er Gr.	Ap. acc.	*Mélancolie.*
		36 ans	1961	2e Gr.	2e mois	Vomissements incoercibles *Mélancol.*
106	BAR.		1950	1er Gr.	1er mois	Vomissements.
			1952	2e Gr.	2e mois	Vomissements incoercibles.
		25 ans	1957	3e Gr.	1er mois	Vomissements incoercibles.
107	BLA.		1951	1er Gr.	2e mois	Vomissements.
			1953	2e Gr.	1er mois	Vomissements.
			1956	3e Gr.	2e mois	Vomissements.
		29 ans	1959	4e Gr.	2e mois	Vomissements. *Mélancolie.*
108	BOO.		1952	1er Gr.	2e mois	—
			1954	2e Gr.	3e mois	Vomissements.
		29 ans	1959	3e Gr.	1er mois	Vomissements. Tr. Hormonaux.
109	CAL.		1945	1er Gr.	3e mois	Vomissements.
110	CAP.	22 ans	1947	1er Gr.		—
			1955	2e Gr	3e mois	Vomissements.
			1960	3e Gr.	2e mois	Vomissements.
111	FER.	21 ans	1952	1er Gr.	2e mois	Vomissements.
112	GAB.	37 ans	1951	2e Gr.	2e mois	Vomissements incoercibles.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
1 mois	8 EC.		Rechute immédiate. 4 EC. en 20 jours + Librium. Guérison.
?	?		?
7 sem.	7 EC.	Témentil	Réhydratation. Guérison.
			Guérison spontanée.
8 jours	4 EC.		Guérison.
18 jours	4 EC.	Témentil	Guérison.
			Arrêt spontané au 8e mois.
			F.C à 2 mois et demi.
			Arrêt spontané au 3e mois.
10 jours		Témentil	Guérison avec isolement.
			F. C.
			Mort enfant 8e mois.
		Bromanautine	Guérison.
		Belladénal	Guérison.
			Normale.
			Arrêt spontané.
		Largactil	Amélioration. Rechute retour en famille. Témentil. Guérison.
1 mois		Isolement	Guérison spontanée.
		Belladénal	Accouchement prématuré 8e mois

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
113	GIB.			4e Gr. N.		
		36 ans	1960	5e Gr.	2e mois	Vomissements incoercibles. Goître.
114	LOU.			3e Gr N.		
		37 ans	1950	4e Gr.	1er mois	Vomissements.
			1956	5e Gr.	1er mois	Vomissements incoercibles.
			1957	6e Gr.	2e mois	Vomissements
115	SAR.	27 ans	1954	1er Gr.	2e mois	Vomissements incoercibles.
116	SER.		1952	1er Gr.	1er mois	Vomissements.
			1958	2e Gr.	2e mois	Vomissements.
117	SOT	26 ans	1950	1er Gr.	2e mois	Fc.
			1951	2e Gr.	2e mois	Vomissements.
120	VER.	24 ans	1959	1er Gr.	1er mois	Vomissements.
			1961	2e Gr. N.	7e mois	Pyélonéphrite. *Confuso manie.*
121	WAG.	29 ans	1960	1er Gr.	3e mois	Vomissements incoercibles.
123	RIB.			4e Gr. N.		
		32 ans	1960	5e Gr.	3e mois	Mélancolie délirante.
					3 mois apr. acc.	Mélancolie + Tentative de suicide.
124	FED.			3e Gr. N.		
			1955	4e Gr.		Fc.
		39 ans	1960	5e Gr.	5e mois	Manie caractérielle.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
15 jours	5 EC.	Témentil	Rémission.
			Rémission spontanée.
			Isolement. Rémission spontanée.
10 jours		Témentil	Isolement. Rémission.
3 sem.		Largactil 50	Guérison.
			Isolement. Guérison.
1 mois		Belladénal	Guérison.
20 jours		Belladénal	Guérison.
45 jours	9 EC.		Guérison après EC. (les antibiotiques appliquées à haute posologie n'ayant eu aucun effet sur les troubles psychiques).
15 jours	6 EC.	Témentil Novocaïne IV	Arrêt des vomissements.
		Tofranil	
15 jours	6 EC.	Taractan	Rémission.
45 jours	13 EC.	Nozinan 150	Rechute 1 mois après; lobotomie
		Nozinan 150	Amélioration.

Référence		Histoire obstétricale			Histoire	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
125	LAF.			2e Gr.		
		29 ans	1957	3e Gr. N.		Mélancolie post-partum.
			1961	4e Gr	7e mois	Mélancolie suicidaire.
130	PAS.		6 Tentatives de suicide	10e Gr. N		
		49 ans	1959	11e Gr.	4e mois	7e tentative mélancolique.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	TRAITEMENT Chocs	Chimique	Évolution secondaire
2 mois	3 EC.	Nozinan 100	Rémission.
2 mois	5 EC	Tofranil	Rémission et rechute 2 mois après. Décès.
20 jours	5 EC		Rémission.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
2	AUD.	38 ans	1949	2e Gr.	3e jour	Mélancolie.
4	BAU.		1949	2e Gr.	3e mois	Mélancolie délirante
9	BOR.	32 ans	1956	3e Gr.	15e jour	Etat dépressif anxieux.
14	CAL.	25 ans	1961	1er Gr.	1er mois	Etat dépressif mélancolique.
17	CAR.	24 ans	1948	1er Gr.	14e jour	Mélancolie délirante.
19	CAT.	26 ans	1951	2 FC 3e Gr.	15e jour	Episode mélancolique.
20	CAT.	37 ans	1946	2e Gr.	2e mois	Etat dépressif.
21	CAU.	22 ans	1955	2e Gr.	10e jour	Inhibition mélancolique.
22	CHI.	29 ans	1951	1er Gr. FC	2e jour	Mélancolie à thèmes cénestopathiques.
27	DUL.	34 ans	Leucémie Lymphoïde 1960	5e Gr. Avort. Tt.	3e jour	Mélancolie.
28	ESC	29 ans	1949	2e Gr.	3e sem.	Dépression mélancolique.
43	LAF.	46 ans	1956	2e Gr.	7e mois	Dépression traînante.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
45 jours	15 EC.		Guérison.
3 sem.	9 EC.		Critique du délire. Guérison.
20 jours	5 EC.		Rechute 3 mois après. 8 EC. en 3 semaines. Guérison.
10 jours	3 EC.		Rechute 4 mois après + Tentative. 5 EC. en 10 jours + Equanil. Guérison
8 jours	5 EC.		Rechute 3 mois après. 5 EC. en 12 jours. Guérison.
3 sem.	8 EC.		Rémission.
1 mois	7 EC.		Guérison.
1 mois	18 EC.		Guérison.
18 jours	9 EC.		Guérison lors du retour de couches.
7 jours		Nozinan 100 mg	Guérison.
11 jours	7 EC.		Rémission.
12 jours	5 EC.		Rechute 15 jours après. 7 EC. en 15 jours. Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
45	LAP.	29 ans	1949	3e Gr.	15e jour	Mélancolie anxieuse.
47	LOP.	24 ans	1957	1er Gr.	3e jour	Etat névrotique anxieux.
55	PIQ.	30 ans	1953	1er Gr.	15e jour	Dépression anxieuse.
57	PON.	20 ans	1955	1er Gr.	6e jour	Mélancolie délirante.
59	PUE.	29 ans	1951	2e Gr.	10e jour	Mélancolie réactionnelle.
61	RAU.		1956	3e Gr. FC.	15e jour	Etat confuso-anxieux.
62	RIP.	20 ans	1959	1er Gr.	14e jour	Dépression. Angoisse.
63	RON.	29 ans	1959	1er Gr.	8e jour	Dépression mélancolique.
65	ROS.	23 ans	1947	1er Gr.	2e jour	Dépression mélancolique.
67	SAR.	19 ans	1947	1er Gr.	8e jour	Mélancolique catatonique.
68	SCH.	20 ans	1951	1er Gr.	2e jour	Dépression anxieuse.
71	TAR.	33 ans	1955	3e Gr.		Dépression mélancolique.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	TRAITEMENT Chocs	Chimique	Évolution secondaire
15 jours	9 EC.		Guérison.
8 jours	Barbituriques		Guérison.
1 mois	13 EC.		Guérison.
15 jours	10 EC.	Largactil 250	Rechute 1 mois après. Etat anxieux. 5 EC. en 8 jours + Largactil. Guérison.
8 jours	5 EC.		Rechute 2 mois après. 9 EC. en 3 semaines. Guérison.
13 jours	9 EC.		Guérison.
7 jours	4 EC.	Nozinan 50	Cure EC. ambulatoires. 4 en 6 mois. Guérison.
12 jours	6 EC		Guérison.
25 jours	6 EC		Guérison.
24 jours	9 EC.		Guérison.
16 jours	7 EC.		Rémission.
8 jours	5 EC.		Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
72	TER.	23 ans	1953	1er Gr.	2e jour	Dépression obsessionnelle.
74	VID.	25 ans	1950	1er Gr.	6e mois	Dépression réactionnelle à décès.
83	DUR	24 ans	1947	1er Gr.	3e jour	Confusion anxieuse fébrile.
91	UGL.	35 ans	1946	2e Gr.	2e mois	Mélancolie suicidaire.
94	LAU.	20 ans	1951	1er Gr.	14e jour	Mélancolie suicidaire.
100	MER.	24 ans	1961	1er Gr.	2e jour	Mélancolie anxieuse.
102	GAU.	35 ans	1961	1er Gr.	2e jour	Mélancolie obsessionnelle.
105	DAI.	23 ans	1961	1er Gr.	15e jour	Etat confusoanxieux fébrile.
118	AAB.	22 ans	1959	1er Gr.	8e jour	Etat mélancolique.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
9 jours	5 EC.		Guérison.
9 jours	7 EC.		Guérison.
10 jours	7 EC.	Antibiotiques	Guérison.
15 jours	6 EC.		Rémission. Rechute 1 mois après. 10 EC. en 20 jours. Guérison.
	EC.		Rémission.
15 jours		Librium Doridène	Amélioration. Rechute mélancolique. Tentative + coma 6 EC. en 26 jours + Tofranil 4 comp. Guérison.
1 mois	8 EC.	Nozinan 100 Tofranil	Guérison.
18 jours	8 EC.	Melleril 150	Guérison.
		Tofranil	Amélioration. Rechute 10 jours après. Raptus anxieux. Tentative et mort de l'enfant. 4 EC. en 8 jours. Rechute immédiate. 23 EC. en 6 mois. Amélioration. Rechute mélancolique 1 mois après. 9 EC. + Encephalographie gazeuse. Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
7	BLA.	34 ans	1947 51-57 58-59	1er Gr. 1944	4e mois	Etat dépressif.
23	CLA.	44 ans	1949	1er Gr.	10e jour	Etat dépressif.
			1951	2e Gr	15e jour	Etat dépressif.
			1956	3e Gr.	10e jour	Etat dépressif.
			1959 sans facteur déclenchant			Etat dépressif.
24	DAL.	27 ans	1953	1er Gr.	5e jour	Etat confuso-anxieux
			1959	2e Gr	3e jour	Psychose hallucinatoire.
30	FIO.	23 ans	1947	1er Gr.	1er mois	Etat mixte.
			1950 sans facteur déclenchant			Episode mélancolique.
32	FON.	26 ans	1951	1er Gr.	6e mois	Etat dépressif.
			1954	2e Gr	3e sem.	Mélancolie.
33	FON.	22 ans	1950 1953	1er Gr.	2e mois	Episode psychotique. Inhibition anxieuse.
35	GAL.	20 ans	1948	2e Gr 1948	3e mois	Etat mixte.
			1952	3e Gr. 1952	2e mois	Mélancolie anxieuse.
			1952- 1960			4 accès mélancoliques.
				4e Gr. 1960	2e mois	Etat dépressif du retour couches.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
8 jours	7 EC.		Guérison. Rechutes identiques sans autre GR.
1 mois	EC.		Guérison.
2 mois		Suxil	Guérison.
1 mois	10 EC.	Largactil 300 mg	Guérison.
1 mois	9 EC.	Nozinan Tofranil	Guérison.
2 mois	EC.		Guérison.
20 jours	11 EC.	Largactil 400 mg	Guérison.
45 jours	16 EC.		Guérison.
20 jours	8 EC		Guérison.
15 jours	7 EC.		Guérison. Rémission. Rechute 8 jours après 7 EC. en 18 j. Rémission totale.
10 jours	6 EC.		Guérison pendant le retour de couches.
9 jours	6 EC.		Guérison. Ablactation.
15 jours	7 EC.		Guérison.
15 à 20 j.	EC.		
15 jours	EC.	Tofranil Taractan	Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
36	GER.	26 ans	1939	1er Gr.		Normale.
			1944	2e Gr.		Fausse couche.
			1945	3e Gr.		Normale.
			1949	4e Gr.	4e mois	Etat anxieux.
			1953	5e Gr.	15 jours	Etat dépressif
40	LAB.	20 ans	1948	Mélancolie		Mélancolie.
			1949			Délire polymorphe sans facteur.
			1950	1er Gr.	8e jour	Psychose confuso-maniaque.
			1953	2e Gr	15e jour	Psychose confuso-mélancolique.
			1958			Dépression réactionnelle.
			1959			Episode mélancolique.
42	LAF.	38 ans	1947	10e Gr.		Confuso-mélancolie.
			1958			Mélancolie stuporeuse.
44	LAP	23 ans	1946	1er Gr.	5e jour	Mélancolie.
			1947	2e Gr	10e jour	Dépression mélancolique.
52	NIC.	44 ans	1944	1er Gr. FC		Dépression anxieuse.
			1957	2e Gr	22e jour	Confusion anxieuse.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
15 jours	5 EC.		Guérison.
			Pas de traitement. Accouchement normal.
15 jours	10 EC.		Rechute. 4 EC. Guérison.
1 mois	11 EC.		Rechute; Sakel. 23 comas. Guérison.
20 jours	10 EC.		Rechute. 9 EC. + Sakel OAP 4e coma.
15 jours	7 EC.		Rechute 8 EC.
10 jours	4 EC.		Guérison.
15 jours	3 EC.	Largactil	Guérison.
5 sem	16 EC.		Rémission.
15 jours	9 EC.		Guérison.
2 mois	?		Guérison.
20 jours	9 EC.		Guérison.
?	?		Maison de repos.
12 jours	4 EC.	Largactil 200 mg	Guérison.

Référence		Histoire obstétricale			Histoire	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
53	PAG.	25 ans	1951	1er Gr.	7e jour	Crise dépressive.
			1958	2e Gr	3e jour	Dépression névrotique.
			1960	3e Gr. FC		Troubles névrotiques caractériels.
58	PRA.	20 ans	1953	1er Gr.	10e jour	Mélancolie phobique
			1957			Etat anxieux obsessionnel sans Gr.
			1958			Etat anxieux obsessionnel sans Gr.
60	PUY.	28 ans	1949	1er Gr.	8e jour	Mélancolie anxieuse.
			1958			Mélancolie après épisode somatique.
			1960			Manie sans cause apparente.
			1961			Rechute maniaque.
66	SAM.	23 ans	1946	1er Gr.	4e jour	Mélancolie polymorphe.
			1955			Mélancolie après panaris du doigt.
			1957			Episode anxieux sans cause.
88	PIR.	32 ans		1er Gr.	12e jour	2e accès mélancolique.
89	SOU.	34 ans	1945	1er Gr.	1 mois	Mélancolie.
			1947			Mélancolie sans puerpéralité.
			1948			Mélancolie sans puerpéralité.
90	SOU.	38 ans	1943			Mélancolie suivie de Gr. normale.
			1947	2e Gr	15e jour	Mélancolie.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
13 jours	6 EC		Guérison.
			Guérison sans traitement.
15 jours	5 EC.	Largactil 125	Rémission.
20 jours	7 EC.		Guérison.
1 mois	16 EC.	Largactil 400	Rémission.
1 mois	11 EC.	Largactil 400	Vie normale après Lobotomie.
12 jours	7 EC.		Guérison.
10 jours	6 EC.	Largactil 50	Guérison.
10 jours	5 EC.	Nozinan 200	Guérison.
8 jours	4 EC.	Halopéridol	Rechute maniaque 2 mois plus tard 4 EC. + Largactil 300.
12 jours	5 EC.		Guérison.
8 jours	6 EC.		Guérison.
8 jours	5 EC.		Rechute 20 jours plus tard. 6 EC. en 10 jours. Guérison.
10 jours	5 EC.		Rechute 2 mois plus tard. Reprise EC. Guérison.
			Guérison.
			Guérison.
6 mois	20 EC.		Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
97	LAL.	35 ans	1936 47-49			3 épisodes mélancoliques.
			1951	4e Gr.	3 mois	Mélancolie stuporeuse
103	ROQ.	25 ans	1956			Mélancolie.
			1959	1er Gr N.		—
			1961	2e Gr	15 jours	Etat confuso-mélancolique.
104	BIE.	29 ans	1959	1er Gr.	12 jours	Névrose phobique anxieuse.
			1960			Reprise anxieuse obsessionnelle.
			1961			3e rechute obsessionnelle mélancolique.
122	BER.	33 ans	1947			Episode dépressif.
				4e Gr. N.		—
			1958	5e Gr.		Mélancolie.
			1961	6e Gr.	2 mois	Mélancolie onirique.
127	POT.	29 ans	1952	1er Gr. N.		—
			1954	2e Gr	2 jours	Etat confuso-mélancolique.
			1956	3e Gr.	6 mois	Psychose hallucinatoire aiguë.
			1959	4e Gr.	2 mois	Psychose hallucinatoire aiguë.
			1961	5e Gr.	4 mois	Mélancolie délirante stuporeuse.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	TRAITEMENT Chocs	Chimique	Évolution secondaire
45 jours	9 EC.		Amélioration. Rechute 3 semaines après. Internement.
5 mois			Traitement en H P.
15 jours	7 EC.	Nozinan 75 mg	Guérison.
			Évolution spontanée en 3 mois.
1 mois	9 EC.	Largactil Tofranil	Légère amélioration.
1 mois	11 EC	Nozinan 125 Tofranil	Amélioration.
8 mois			Traitement en H.P.
24 jours	5 EC.	Tofranil	Rémission.
			Rémission spontanée. Rechute stuporoanxieuse 4 mois après. 8 EC. en 13 jours. Guérison.
12 jours	8 EC.		Guérison.
15 jours	EC.	Largactil 200 Tofranil	Guérison.
			Amélioration. Rechute 3 semaines après.
10 jours	5 EC.	Tofranil Taractan	6 EC. en 12 jours. Nozinan 100, Tofranil Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
1	ABE.	21 ans	1948	1er acc. Césarienne	8e jour	Etat confusionnel après mort enfant
6	BIA.	28 ans	1958	1er Gr.	5e jour	Etat polymorphe.
8	BOA.	24 ans	1949	1er Gr. Forceps	15e jour	Confuso-manie.
10	BOU	25 ans	1952	1er Gr. FC non curetée	3 sem.	Confuso-stupeur.
12	BRE.	38 ans	1958	3e Gr. N. 4e Gr. FC.	15e jour	Confusion
18	CAS.	22 ans	1946	1er Gr.	12e jour	Confusion fébrile.
31	FON.	29 ans	1942	1er Gr.	8e jour	Confuso-manie.
37	GIR.	21 ans	1946	1er Gr.	48 h.	Etat confussionnel.
38	GOT.		1942	1er Gr.	3e jour	Etat confussionnel.
46	LEU.	20 ans	1948	1er Gr.	10e jour	Confuso-manie. Syndrome infectieux.
49	MAR.	35 ans	1 an avant bouffée délirante. 5 EC. 1953	3e Gr.	1 mois	Etat confuso-onirique. Bouffée interprétative.
50	MIR.	33 ans	1957	2e Gr.	6e jour	Psychose maniaque.
69	SER.	20 ans	Vomissements gravidiques 1959	1er Gr.	8e jour	Confuso-manie.
126	DAR.	24 ans	1961	1er Gr.	3e jour	Psychose confusionnelle. Délire hyperthermique.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Chimique	Évolution secondaire
14 jours	6 EC.		Guérison avant retour de couches.
8 jours	5 EC.		Guérison.
18 jours	5 EC.		Guérison.
3 sem.	8 EC.		Guérison.
15 jours	7 EC.	Largactil	Guérison.
12 jours	Curetage	Pénicilline	Guérison.
15 jours	7 EC.		Guérison.
15 jours	1 EC.		Guérison.
4 mois	18 Cardiazol. 10 Insuline.		Guérison.
15 jours	7 EC. 3 EC. AMB.		Guérison. 1 an plus tard 2e grossesse normale.
15 jours	8 EC		Guérison.
10 jours	3 EC.	Largactil 200	Guérison.
11 jours	11 EC.	Largactil 200	Guérison.
3 jours	3 EC.	Dolosal Phénergan I.M. Largactil Perfusions Antibiotiques Equanil I.M.	Réduction en 3 jours. Rechute 3 jours après ; confusion. Hyperthermie. Même traitement. Apparition d'un abcès. Guérison avec Largactil 150 mg. Equanil 6 comp.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
3	BAD.	22 ans	Mélancolie 1947	1er Gr.	10e jour	Confusomanie.
11	BOU.		1948	1er Gr. N.		Mélancolie délirante atypique.
			1952	2e Gr	10e jour	Psychose délirante schizophrénique.
15	CAN.	27 ans	1939	1er Gr.	3e jour	Psychose délirante schizophréniforme Abcès sein.
25	DEL.	17 ans	1957	1er Gr.	20e jour	Etat polymorphe.
			1960	2e Gr	3 mois	Psychose délirante aiguë.
26	DUB.			1er Gr. N.		
			1960	2e Gr	2e jour	Psychose aiguë polymorphe.
34	FRE		1953	1er Gr.	15e jour	Confusomanie aiguë fébrile.
39	GUI.			2e Gr.	12e jour	Confusion fébrile.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
17 jours	11 EC.		1re rechute après 10 jours. 9 EC en 1 mois. 2e rechute 15 jours après. Placement en H. P. Guérison.
2 mois	Cure de Sakel		Sakel 27 comas en 45 jours. Rémission.
1 mois	17 EC. et Sakel		Rechute 1 an après. Nouveau Sakel. Placement en H. P.
3 mois	Sakel		Guérison totale.
11 jours	11 EC.	Largactil 100 mg	Rémission lors retour de couches 1re rechute 1 semaine plus tard. 6 EC. en 8 jours + Largactil 200 mg. 2e rechute 20 jours plus tard. 6 EC. en 12 jours + Largactil 200 mg. 3e rechute 15 jours plus tard, lors règles. Sakel 22 comas + 19 EC. 36 j.
11 jours	4 EC.	Largactil Tofranil	Guérison totale.
20 jours	9 EC.	Nozinan	Guérison. Rechute mélancolique 6 mois après sans cause.
20 jours	11 EC.		Rémission. 1re rechute lors sortie. 9 EC en 15 jours. Rémission. 2e rechute 8 jours plus tard. Psychose polymorphe. 6 EC. 10 j. Règles. 3e rechute 15 jours plus tard. Confusion/6 EC. en 8 jours. Guérison.
75 jours	27 EC. et Sakel		Placement en H. P. Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
41	LAB.	25 ans	1957	2e Gr.	15e jour	Confusomanie.
			1960			Psychose aiguë polymorphe.
48	LOU.	26 ans	1959	1er Gr.	18e jour	Psychose aiguë maniaque.
51	MON.	20 ans	1952	1er Gr.	48 h.	Confusomanie.
54	PER.	19 ans	1952	1er Gr.	6e jour	Psychose aiguë polymorphe.
			1955	2e Gr.		Pas d'accident psychique.
			1960	3e Gr.	3e jour	Psychose aiguë polymorphe.
56	POM.	20 ans	1947	1er Gr.	1 mois	Confusomanie.
64	ROQ.	22 ans	1957	1er Gr.	12 jours	Confusomanie + Abcès du sein.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
45 jours	18 EC.	Largactil 400 mg	Amélioration après curetage pour rétention utérine.
15 jours	7 EC.	Nozinan 150	Guérison.
12 jours	5 EC.	Largactil 200	Rémission Rechute 2 mois plus tard. Mélancolie. 7 EC. en 12 jours. Nozinan. Tofranil. Guérison.
75 jours	19 EC. Cure de Sakel		Pas résultats. Sakel 50 comas + 5 EC. Amélioration thymique. Persistance de amenorrhée. Hypoplasie utérine. Tt. hormonal. Retour de couches 4 mois et demi. Guérison totale.
3 mois	30 EC.	Sakel 25 comas	Guérison réelle Guérison.
1 mois	11 EC Cure de Sakel		Stupeur. Catatonie. Sakel 22 comas. 1er retour de couches : 48 h confusion. Guérison spontanée. 2e retour de couches : rechute. 4 EC. Guérison.
20 jours	9 EC.	Largactil 300	Rémission. Rechute 10 jours plus tard. 7 EC. en 22 jours. Largactil 400 mg. Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
70	SOL.	40 ans	1950	6e Gr.	3 mois	Agitation polymorphe.
75	VIG.	23 ans	1951	1er Gr.	8e jour	Délire polymorphe.
84	BUR.	26 ans	1939 1941	2e Gr.	2 mois	Accès délirant réactionnel. Psychose délirante aiguë.
85	WER.	32 ans	1941	4e Gr.	17e jour	Délire schizophrénique.
86	CON.	21 ans	1947	1er Gr.	8e jour	Confusomanie.
87	CHA.	40 ans	1944			Schizophrésie post-puerpérale de 17 ans.
93	ZIL.	33 ans	1951	2e Gr.	2 mois	Etat mixte fébrile.
95	MAR.	21 ans	1951	1er Gr. avant mariage	12e jour	Confusomanie et évolution schizophrénique secondaire.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
33 jours	13 EC. Sakel		Persistance confusion. Sakel : 18 comas en 27 jours 1re rechute 1 mois après. Sakel : 20 comas + 5 EC. 2e rechute 2 mois après : confusomanie. 11 EC. en 1 mois. 3e rechute 1 mois après : 11 EC. en 1 mois. *Histologie : Endomètre folliculinique. Tt. hormonal. Guérison totale.*
23 jours	20 EC. Sakel		Aménorrhée persistante. Sakel 19 comas. Histologie : Endomètre folliculinique. Tt. hormonal/Guérison
18 jours	9 EC.		Pas résultats. Début Sakel. Interruption.
Décès	Chocs Cardiazol et Sakel		Pas amélioration. Sakel. Internement. Décès au cours de coma insulinique.
	8 EC.		Pas résultats. Internement.
Chronique	14 EC.		Pas résultats.
1 mois	7 EC.		Rechute 6 mois après. État mixte. 13 EC. Pas résultats. Internement
Chronique	8 EC. Cure de Sakel		Rémission; rechute 12 jours après. 17 EC. en 1 mois. Pas amélioration. Tendances dissociatives. Sakel. Internement.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
92	GAU	27 ans	1953			Episode délirant.
			1954			Episode délirant.
			1956	1er Gr	1 mois	Manie.
			1957			Etat maniaque sans puerpéralité
			1960			Crise maniaque.
			1961			Etat maniaque.
96	PRI.	28 ans	1950	3e Gr.		Infection staphilococcique. Excitation.
98	ANE.	17 ans	1951	1er Gr.		Etat de mal comitial + état confusionnel fébrile. Coma hyperthermique.
119	DOS.	25 ans	1950			Etat dépressif.
			1955			Psychose délirante oniroïde.
			1956			Psychose schizophréniforme.
			1958	1er Gr.	2 mois	Psychose délirante oniroïde.
			1959	2e Gr.	3 sem.	Psychose délirante anxieuse.
			1960			Psychose délirante aiguë.
			1961	3e Gr.		Normale

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
			Guérison après Sakel 30 comas.
			Guérison après Sakel 40 comas.
1 mois	6 EC.	Largactil 400	Rechute 15 jours après. 2 EC. en 10 jours + Largactil 300.
8 jours	4 EC.	Largactil 300	Rechute 20 jours après. Largactil 200. Guérison
18 jours	5 EC.	Largactil 300	Rechute 8 jours après. 4 EC. Largactil 300. Guérison.
1 mois	7 EC.	Largactil 300 Halopéridol	Guérison.
20 jours	10 EC.		Pas résultats. Découverte bacillose pulmonaire. Tt. EC. Antibiotiques. Internement.
1 mois	8 EC.	Novocaïne I.V	Amélioration. Apyrexie. Persistance troubles orientation. Internement.
			Guérison spontanée en 3 mois.
15 jours	5 EC.	Largactil 150	Guérison.
1 mois	13 EC	Serpasil 3 com.	Guérison.
15 jours	7 EC.	Largactil 200	Guérison.
1 mois	10 EC.	Largactil 200	Guérison.
20 jours	8 EC.	Nozinan 150	Rechute 2 mois après 8 EC. en 23 jours + Largactil 300 mg. Guérison.

RÉFÉRENCE		HISTOIRE OBSTÉTRICALE			HISTOIRE	
Obs. n°	Nom	Age			Début	Forme
128	JAF.	43 ans	1937	1er Gr.		Normale.
			1947	2e Gr.		Normale.
			1950			Psychose aiguë anxieuse.
			1954			Etat mixte.
			1957	3e Gr.	15e jour	Mélancolie délirante.
			1958			Etat mixte.
			1959			Etat mixte.
			1960			Etat mixte.
			1961			Etat mixte.
129	VET.	23 ans	1952	1er Gr.		Normale.
			1953	2e Gr.	3e mois	Psychose délirante polymorphe.
			1955			Psychose délirante polymorphe.
			1960	3e Gr.	11e jour	Psychose délirante polymorphe après mort de l'enfant.

PSYCHIATRIQUE

Évolution immédiate	Traitement Chocs	Traitement Chimique	Évolution secondaire
			Guérison spontanée.
20 jours	4 EC.		Guérison.
20 jours	9 EC.	Largactil 200	Rechute 1 mois après, 7 EC. en 12 jours + Largactil 250. Guérison.
25 jours	5 EC.	Largactil 300	Guérison.
18 jours	4 EC.	Largactil 300	Guérison.
15 jours	4 EC.	Largactil 300 Tofranil 4 com.	Guérison.
24 jours	6 EC.	Largactil 300 Taractan 6 c.	Guérison.
Évolution	15 EC.		Guérison.
		Largactil	Guérison.
5 jours	2 EC.		Amélioration.

ÉTUDE CLINIQUE

En se référant à cette chronologie, notre étude envisagera successivement les accidents de la grossesse proprement dite, et les accidents du post partum. Nous rencontrons des manifestations névrotiques et des manifestations psychotiques. Les premières sont surtout l'apanage de la gravidité alors que les secondes se décèlent presque toujours après l'accouchement. Ce n'est que dans une minorité de cas que l'on observe en effet des épisodes psychotiques pendant la grossesse; et ce n'est que plus rarement que le Psychiatre doit intervenir pour les accidents névrotiques post-puerpéraux. Il est intéressant de noter que la majeure partie de nos cas se rapporte à une période antérieure à la pratique de la psychoprophylaxie de l'accouchement; c'est pourquoi actuellement la question se pose de connaître la diminution du taux des psychoses puerpérales depuis l'instauration de ces méthodes.

I) ÉTAT PSYCHO-NÉVROTIQUE DE LA GRAVIDITÉ

Rien n'est plus connu que les modifications psychologiques au cours de la grossesse, même normale, et nous y reviendrons longuement, ce qui amène à considérer comme non pathologiques diverses modifications psychologiques au cours de ces 9 mois. En effet, la puerpéralité réalise, comme nous y insisterons, tant au point de vue biologique que social, un événement entraînant une transformation dans le destin de la femme. Il est un fait que dans tous les temps et dans presque toutes les civilisations, conception, grossesse, accouchement et allaitement ont été entourés de conditions favorables. Tout concourt à protéger la mère et l'enfant non seulement contre les risques objectifs de l'accouchement mais également contre la peur. Celle-ci se manifeste le plus souvent sous forme de rêves angoissants, de crainte de mort ou d'infirmité. C'est pour se protéger contre cette anxiété que se développent chez la mère les « envies », mot qui par un fait étrange dans la langue française signifie à la fois les désirs de la mère et certaines marques de l'enfant.

De ces modifications psychologiques légères on passe insensiblement à des modes névrotiques de défense contre l'événement désiré et redouté : l'enfant, le mari, le groupe social entrent dans ce complexe de nouvelles réactions souvent ambiguës et anxiogènes.

Dès lors peuvent apparaître les premiers accidents gravidiques mineurs qui, de la simple préoccupation anxieuse à la grande névrose d'angoisse, offrent l'éventail de tous les intermédiaires.

Si ces manifestations anxieuses sont très fréquentes, elles se présentent soit sous l'aspect de symptômes isolés : douleurs diverses, palpitations — soit sous celui d'une névrose d'angoisse subaiguë. Celle-ci apparaît généralement au cours des premiers mois de la grossesse chez une femme sans antécédent mélancolique. On assiste progressivement à un changement de comportemnt ou de caractère, avec de brusques décharges anxieuses traduisant les expressions cliniques les plus diverses : névropathiques ou dépressives. Mais tous ces tableaux restent unifiés par le caractère actuel de l'angoisse vécue comme angoisse de l'événement grossesse — accouchement — enfant à élever.

ASPECTS PHOBIQUES

Il s'agira d'abord de manifestations névropathiques où l'angoisse peut s'exprimer sur un mode strictement phobique. La phobie n'étant qu'une forme spécialisée de l'anxiété qui se fixe sur un « objet » maléfique : peur de la rue, peur de la solitude. Cette angoisse peut encore apparaître sous forme d'obsessions — impulsions : obsession du suicide par exemple. Dans ces cas là encore l'obsession n'est que l'actualisation particulière de la peur de l'accouchement.

ASPECTS HYSTÉRIQUES

Plus particulières sont les formes névrotiques se manifestant sur un mode hystérique. En rappelant que la personnalité hystérique se manifeste le plus souvent par une attitude assez régressive de « femme-enfant » cherchant à plaire, et demandant soins et égards, on comprendra qu'une maternité la gêne et qu'une situation de mère lui soit impossible. Dès lors, la malade contre toute évidence va nier sa grossesse. (Ce fait est d'ailleurs à rapprocher du symptôme inverse qui en donne une image symétrique : celle de la grossesse nerveuse ou hystérique.)

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

C'est ici que se placent les manifestations psychosomatiques où cette négation ne sera pas formulée, mais va se manifester sous forme de vomissements par un évident « mécanisme de conversion ». Si l'on admet qu'ils sont « physiologiques » jusqu'au 3e mois, ils n'en ont cependant pas moins une signification psychosomatique constante. Ils sont le témoin du bouleversement à la fois biologique et psychosocial de la grossesse. Leur persistance au-delà du 3e mois est presque toujours d'ordre hystérique. Ils poseront des problèmes difficiles dans les formes graves de « vomissements incoercibles », qui par des phénomènes physiologiques secondaires entraînent de redoutables phénomènes de dénutrition. Ces vomissements incoercibles apparaissent classiquement d'un pronostic tellement redoutable, qu'ils étaient considérés par beaucoup comme une indication formelle d'interruption de grossesse, alors que la mise en lumière de leur mécanisme psychogénique et des thérapeutiques d'ordre psychiatrique en ont transformé le pronostic. Dans une statistique, Glastone Roberts montrait que sur 100 femmes étudiées après le 3e mois, il existait 57 vomisseuses pour 43 non vomisseuses. Leur étude psychologique a révélé l'existence soit de dyspepsie neurotonique antérieure, soit d'attachement excessif à la mère, soit de relations sexuelles troublées.

OBS. 101.

a) *Forme bénigne.*

Mme C. présente un lourd passé psychopathique puerpéral. En effet, il y a dix ans, 6 mois après son premier accouchement, elle présente un épisode dépressif mélancolique guéri spontanément au bout de quelques mois. Les 4 grossesses suivantes vont être marquées du premier au 3e mois par des vomissements incoercibles associés à un état dépressif traînant et ayant nécessité hospitalisations et perfusions.

6e grossesse actuelle que la malade accepte très difficilement. On retrouve dans ses propos une agressivité non dissimulée vis-à-vis de son mari, et des perturbations affectives dans les relations avec sa mère.

Dès le 1er mois apparition de vomissements incoercibles, entraînant cependant un amaigrissement modéré et une bonne conservation de l'état général. Mais progressivement les vomissements deviennent plus nombreux et une athénie importante interdit tout

travail à la malade. A ces manifestations psychosomatiques s'ajoute une expression mélancolique avec crainte de ne pas guérir, sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses autres enfants, et désir de mourir pour ne plus souffrir du fait de ces vomissements.

7 électro-chocs en 7 semaines, associés à une rehydratation importante et au Témentil sont nécessaires pour obtenir l'arrêt des vomissements et la guérison de la décompensation mélancolique.

b) *Forme grave.*

Jeune femme de 39 ans enceinte de 3 mois. Première grossesse désirée par tous sans traits psychologiques anormaux, sans événements traumatisants, sans passé psychiatrique.

Apparition au début du 3e mois de grossesse, de vomissements incoercibles sévères, entraînant rapidement un état de deshydratation et d'amaigrissement extrêmes, avec en 15 jours perte de poids de 5 kg.

La malade par ailleurs, ne présente aucun symptôme pathologique ni sur le plan obstétrical; ni sur le plan clinique général.

Malgré la cure d'isolement en clinique, et les traitements classiques (Electro-chocs associés aux neuroleptiques : Témentil) les vomissements demeurent incoercibles. Dans les 6 premiers jours la reprise de l'alimentation et la rehydratation permettent un gain de poids de 2,5 kg., mais dans les 15 jours suivants la chute de poids recommence pour aboutir à une perte de 5 kg.

L'ensemble des divers examens paracliniques était normal. L'E.E.G. ne révélait aucune altération centrale. Le bilan électrolytique montrait un abaissement des chorures et une deshydratation profonde, par ailleurs la Rana-Réaction au 18e jour de son hospitalisation, était positive. Un avortement spontané, d'un fœtus mort survient au bout d'un mois, à la suite de quoi cessent totalement les vomissements.

ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DIVERS

Si ces accidents hystériques classiques paraissent fréquents, plus nombreuses sont les manifestations psychosomatiques plus camouflées. Qu'elles portent sur la sphère digestive, se manifestant par ptyalisme, ulcères peptiques, gastro-duodénaux, spasmes coliques ou vésiculaires,

ou sur la sphère respiratoire, prenant alors tous les caractères de la bradypnée asthmatique.

Egalement peuvent apparaître, en dehors bien entendu des formes étiologiques organiques, des hypertensions neurogènes, des tachycardies, des dermatoses relevant alors de mécanismes plus complexes, mais qui par des expressions somatiques montrent la lutte de l'organisme contre l'angoisse de la maternité, lutte qui se déroule alors à un niveau plus profond.

ASSOCIATION D'ACCIDENTS NEUROLOGIQUES

Mentionnons enfin que s'il est classique de décrire certains syndromes neuro-psychiques graves, tel la psycho-polynérite gravidique, association de paralysie atrophique douloureuse et de confusion mentale, de pronostic le plus souvent grave, due à une carence vitaminique — dans notre statistique nous n'en avons observé aucun cas. De même, il est classique de rapporter l'existence de chorées gravidiques survenant chez d'anciennes choréiques et guérissant avec l'accouchement, et de dire que l'épilepsie peut survenir pour la première fois pendant la grossesse, et poser de délicats problèmes de diagnostic avec l'éclampsie.

ÉTATS PSYCHOTIQUES

Enfin, nous observons pendant la grossesse, mais beaucoup plus rarement, des accidents psychotiques identiques à ceux qui apparaissent à la période du post partum.

La plus habituelle des psychoses de la grossesse est bien la mélancolie, de pronostic plus sérieux quand elle se manifeste après le 5e ou le 6e mois. Cette mélancolie peut comporter assez souvent des traits confusionnels, ce qui la rapproche beaucoup des mélancolies du post partum. Bien entendu, à côté des formes dépressives anxieuses se rencontrent, mais moins fréquemment, des crises maniaques. Enfin peuvent s'observer des états d'allure plus sévère, systématisés ou schizophréniques, mais il s'agira alors presque toujours d'affections dont l'évolution plus ou moins manifeste était antérieure à la grossesse.

Mais si le rôle de la grossesse se pose devant l'apparition d'accident psychotiques chez une femme sans antécédents psychopathiques connus, quel rôle va avoir précisément la gravidité chez une psychotique avérée, cyclothymique ou schizophrène de longue date? Si parfois des psychoses évolutives se révèlent au cours de la gros-

sesse, on observe le plus souvent très peu de rechutes ou d'aggravations de la psychose initiale au cours de cette période, et assez paradoxalement même on constate une meilleure stabilisation psychique au cours de ces quelques mois. C'est devant de tels faits que personne actuellement n'ose proposer un avortement prophylactique chez une psychotique enceinte.

II) NÉVROSES ET PSYCHOSES DU POST PARTUM

La période du post partum est le moment privilégié de l'apparition des accidents psychiques de la puerpéralité. Si les manifestations psychotiques dominent la scène, nous rencontrons aussi des manifestations névrotiques, et ce sont elles que nous allons d'abord étudier.

A) ÉTATS NÉVROTIQUES

Il peut s'agir d'abord de crises dépressives névrotiques aiguës apparaissant le plus souvent peu de temps après l'accouchement, et qui ne sont que l'accentuation d'un état névrotique plus ou moins latent déjà perceptible lors de la grossesse. Mais que ce soit à cause du traumatisme obstétrical ou à cause de la brusque rupture d'équilibre psychologique du fait de la séparation mère-enfant, ces malades décompensent sur un mode mineur à expression mélancolique dans la plupart des cas.

OBS. 100.

Le début des troubles névropathiques de M^me^ M. remonte au cours de sa première grossesse où du fait d'un engagement précoce ayant nécessité une mise au repos lors des derniers mois, se développe chez elle la crainte d'avoir un enfant anormal.

L'accouchement est cependant normal, mais quelques difficultés alimentaires dès les premiers jours accentuent sa dépression et accroissent sa crainte de ne pouvoir soigner son enfant comme il faut.

Une hospitalisation de 12 jours où elle est traitée par Librium et Doridene entraîne une nette amélioration mais une sortie prématurée.

La rechute est progressive de type dépressif avec impossibilité à faire son travail et peur de ne savoir élever son enfant; et l'amène un mois plus tard à une tentative de suicide suivie d'un coma léger.

6 électro-narcoses en 26 jours et la prise journalière de 4 comprimés de Tofranil entraînent une guérison complète.

Il peut s'agir aussi de crises névrotiques à expression obsessionnelle ou phobique ou les thèmes de mort de l'enfant ou d'incapacité à l'élever sont fréquents. Cependant toutes ces formes de névroses peuvent se rencontrer, et il n'est pas rare que ces crises névrotiques prennent une expression hystérique ou psychosomatique, ou plus simplement une forme caractérielle souvent dirigée contre l'entourage et plus spécialement contre le mari.

OBS. 104.

M^me^ B. a présenté en 1959, peu de temps après son accouchement une névrose phobique sévère à type de phobie d'impulsion vécue dans une anxiété extrême : elle avait peur de faire mal à son enfant. En 2 ou 3 mois on assiste à l'atténuation progressive de cette crainte, sans traitement psychiatrique, permettant à la malade de mener une vie en apparence normale.

Cependant, dans ses antécédents directs, on retrouve un traumatisme majeur : lors de sa naissance, sa propre mère a été internée car elle présentait des impulsions homicides à son égard.

Pendant sa grossesse, ce souvenir avait été vécu sans grand retentissement psychologique, mais dès les premiers jours du post partum, la peur de s'identifier à sa propre mère fût le point de départ de cette décompensation névropathique.

Depuis 1960, cet état phobique initial a pris des caractères plus obsessionnels, tout ce qu'elle touche peut être source de maux pour son enfant : couteaux, aiguilles, objets de toutes sortes... On assiste peu à peu à une « aliénation » progressive, la malade étant entièrement accaparée par cette obsession.

Une cure de 9 électro-chocs en 1 mois associés au Largactil, Tofranil, n'a entraîné qu'une légère et transitoire rémission.

Actuellement, une vie normale est pour elle impossible tant cette malade est annihilée par la peur de tuer sa fille et par l'angoisse que crée cette situation au point qu'en ce moment elle se présente surtout comme une mélancolique typique avec idées de suicide.

OBS. 102.

M^me^ G. a présenté au 7^e^ mois de sa première grossesse un petit épisode dépressif où prédominaient les thèmes de culpabilité à propos d'une aventure sentimentale bien antérieure à son mariage. Mais cela ne nécessite aucun traitement et l'accouchement se déroule normalement.

48 heures après cet accouchement, explosion d'un état anxieux obsessionnel avec sentiment de détester sa fille et peur de la tuer. Elle vit dans la crainte de commettre ce meurtre. Mais tout cela

garde un caractère aigu où les éléments dépressifs apparaissent primordiaux.

8 électrochocs en 3 semaines associés à 100 mg de Nozinan et à 4 comprimés de Tofranil par jour amènent la réduction de cette crise anxieuse obsessionnelle aiguë.

Retenons à l'origine de ces cas l'importance des événements traumatisants, et qui secondairement sont à la source de paroxysmes anxieux; à savoir l'agression de la propre mère de la malade dans le premier cas et le souvenir d'un conflit sentimental dans le second.

Cependant, le post partum est avant tout caractérisé par l'éclosion de symptômes psychotiques. Tous les grands syndromes mentaux peuvent s'observer comme nous allons l'analyser maintenant.

B) ÉTATS PSYCHOTIQUES

1. D'ABORD LES PSYCHOSES A STRUCTURE AIGUE

a) États confuso-maniaques et Psychoses délirantes aiguës.

Ce sont les accidents à la fois les plus précoces et les plus typiques. Les troubles psychiques habituels se caractérisent par leur survenue brutale dans les jours qui suivent l'accouchement. Ils sont marqués presque toujours par une phase de confusion plus ou moins profonde. Ces accidents peuvent offrir divers tableaux : un des plus classiques reste celui de la *psychose confusionnelle du post partum*. Celle-ci est d'apparition brutale 2 à 15 jours après l'accouchement, mais parfois immédiatement consécutive à l'accouchement. La confusion mentale apparaît d'emblée sans période prémonitoire et sans contexte infectieux. Elle offre tous les degrés de gravité de la simple désorientation ou torpeur à la véritable stupeur. Il s'agit le plus souvent d'un état confuso-onirique où la malade vit une série de scènes à thématisation plus ou moins dramatique. L'anxiété s'associe presque constamment à ces expériences oniriques qui sont vécues dans l'inquiétude et parfois dans la terreur.

OBS. 69.

M[me] S. présente au cours de sa première grossesse des vomissements entraînant un amaigrissement assez important, mais qui cessent sans nécessiter de traitements psychiatriques. 8 jours après l'accouchement par ailleurs normal, elle présente brusquement un état confuso-maniaque ou prédomine un état d'agitation psycho-

motrice avec logorrhée, exaltation, et manifestations oniriques. 11 électro traitements en 11 jours et la prise quotidienne de 200 mg de Largactil entraînent la guérison.

Mais rarement la confusion mentale reste pure. Quand les signes d'excitation psycho-motrice prédominent, on parlera d'états confuso-maniaques. Mais si l'on retrouve l'activité verbale et motrice communes à la manie, assez rarement il s'agira de manie franche. Le plus souvent celle-ci apparaît dégradée, les éléments confusionnels et polymorphes venant s'intriquer et donner une apparence de psychose délirante aiguë au tableau clinique.

Assez rapidement on peut observer un onirisme dégradé avec un sentiment d'étrangeté où apparaissent des thèmes de mort ou de transformation corporelle. Les idées délirantes se précisent, polymorphes dans leur expression et dans leur thème. Dans la plupart des cas, les aspects séméiologiques évoquent la psychose délirante aiguë de type polymorphe liée aux altérations de la conscience, la plupart du temps bénigne.

OBS. 49.

M^me^ M. a déjà présenté l'année précédente en dehors de toute puerpéralité une bouffée délirante interprétative.

Après son 3^e^ accouchement, les 2 précédents s'étant déroulés normalement, lors du retour de couches, elle présente un nouvel épisode confuso-onirique avec visions terrifiantes, agitation clastique; sur lequel se greffent des éléments interprétatifs : on l'empoisonne — on l'espionne pour lui enlever son enfant... Réduction et guérison en 15 jours par 8 électrochocs.

Dans d'autres cas, on observera des syndromes à type de dépersonnalisation, soit qu'il s'agisse d'éclosion brusque et immédiate de manifestations d'allure schizophrénique, correspondant à ces « Schizophrénies aiguës » dont nous connaissons par ailleurs en dehors de la puerpéralité la fréquence et les discussions soulevées à leur sujet.

b) États mélancoliques.

Les crises mélancoliques sont fréquentes mais habituellement d'apparition plus tardive. Dans ces états mélancoliques, tous les niveaux d'altération peuvent se rencontrer, de la mélancolie franche aiguë, grave avec tendance au suicide de la mère et de l'enfant,

à la psychose confuso-mélancolique où l'on retrouve le même enchevêtrement de thèmes polymorphes.

OBS. 57.

6 jours après un premier accouchement normal, apparition chez M^me^ P. d'un état confuso-mélancolique avec délire polymorphe à structure oniroïde : voit son enfant mort, s'en accuse — croit qu'on lui veut du mal...

Un traitement par 10 électro-chocs en 15 jours et 250 mg. de Largactil par jour amène une rémission. Mais la rechute a lieu un mois plus tard lors du retour de couches sous forme d'état subanxieux avec phénomènes oniriques. La reprise des électro-chocs associés au Largactil entraîne une guérison complète.

Cette observation est intéressante en raison de l'absence d'antécédents psychotiques manifestes, de l'évolution en deux temps, la 2^e^ poussée apparaissant après le retour de couches, révélant ainsi que le retour des règles loin d'assurer la stabilisation de l'état mental est en relation avec l'évolution de la psychose en cours.

D'une manière générale, ces états aigus post-puerpéraux n'apparaissent que rarement sous des aspects cliniques purs; et tous les auteurs français insistent sur le caractère polymorphe de ces états. C'est une « intrication sinon simultanée, du moins successive, de confusion — onirisme — état mélancolique — état hébéphréno-catatonique » dit Guiraud. En fait, ces aspects plus ou moins intriqués, le sont, soit dans un même moment : d'où l'aspect atypique de la manie et de la mélancolie rarement franche — soit successivement, et correspondant aux variations de niveaux que Henri Ey a bien mises en valeur dans tout ce groupe de psychoses délirantes aiguës. Elles traduisent bien les niveaux divers de destructuration de la conscience qui spécifie ces états.

c) Évolution.

En règle générale, ces psychoses puerpérales ont une tendance évolutive favorable, et actuellement au moins leur curabilité thérapeutique est la règle grâce aux méthodes actuelles de traitement.

Mais l'évolution spontanée peut comporter diverses modalités. Nous en individualiserons quatre sortes :

a) la forme brève, rapidement réductible avec guérison en quelques semaines;

b) la forme à évolution oscillante;

c) la forme à rechutes;

d) la forme évolutive secondaire posant le problème de la schizophrénie.

a) Dans la première perspective, pour aussi polymorphe que soient les symptômes cliniques, la guérison sera rapide, la crise ayant évolué en une seule poussée et s'épuisant bientôt sous l'effet des thérapeutiques. C'est de loin la forme la plus banale et la plus fréquente revêtant au maximum les caractères d'une crise aiguë simple.

OBS. 62.

M^me^ R. a 20 ans lors de sa première grossesse et n'a jusqu'alors présenté aucun trouble mental. 14 jours après son premier accouchement normal par ailleurs, elle devient brusquement anxieuse, déprimée, puis franchement mélancolique. Un séjour de 7 jours en maison de repos, pendant lequel elle est traitée par 4 électrochocs et 50 mg. de Nozinan par jour entraîne une rémission consolidée par ailleurs par une cure ambulatoire : 6 électro-chocs en 4 mois. La guérison est totale.

b) Semblable au premier abord la forme à évolution oscillante va paraître s'améliorer sous l'effet du traitement. Mais bientôt on assiste à la reprise brutale de tous les processus : tantôt rechute mélancolique, tantôt maniaque, le plus souvent mixte. Mais là encore, il est de règle de voir s'éteindre assez vite le processus pathologique. Parfois cependant, on constate encore plusieurs rebondissements spontanés avant que l'accès ne s'épuise définitivement.

OBS. 14.

M^me^ C. a présenté un mois après son premier accouchement un état dépressif mélancolique avec thèmes d'indignité et d'incapacité à élever son enfant. Traitée par électro-chocs sa guérison s'avère rapide, mais 4 mois plus tard, sans cause apparente semble-t-il, on assiste à la reprise des mêmes désordres mentaux avec tentative de suicide. Traitée de nouveau par 5 électro-chocs auxquels on ajoute de l'Equanil, la guérison est obtenue de façon définitive en 10 jours.

c) Plus sérieuse paraît la troisième forme où la rechute au lieu d'être immédiate, ne se produit qu'après plusieurs semaines ou plusieurs mois de pseudo guérison.

Dans ces cas, la rechute peut avoir les mêmes caractères polymorphes de l'atteinte primitive, mais peut aussi être la véritable amorce d'une cyclothymie future ou accès mélancoliques et maniaques se succèderont plus ou moins régulièrement.

OBS. 35.

Mme G. après une première grossesse normale, présente en 1948, 3 mois après son 2e accouchement, un épisode confuso-maniaque ou s'intriquent les éléments de désorientation et d'onirisme avec les éléments d'excitation psychomotrice. Cet épisode qui nécessite l'ablactation, est réduit spontanément en 9 jours par 6 électrochocs. Trois ans plus tard, en 1952, 2 mois après son 3e accouchement, on assiste à une nouvelle décompensation psychique, sur le mode mélancolique anxieux. Là encore, la guérison est rapidement obtenue par 7 électro-chocs en 15 jours.

De 1952 à 1961, cette malade va présenter 4 accès mélancoliques à thèmes hypochondriaques, apparaissant sans aucun facteur déclenchant. La guérison sera dans tous les cas rapide, grâce à un traitement par Cerletti et neuroleptiques associés. En 1961, 2 mois après un accouchement gemellaire, et concomittant à son retour de couches, nouvelle décompensation dépressive traitée et guérie par quelques électro-chocs ambulatoires associés au Tofranil et au Taractan.

d) Enfin parfois et malgré les divers traitements, il s'agit d'une psychose puerpérale qui non seulement ne guérit pas, mais encore se présente avec des symptômes qui, progressivement, paraissent changer de signification. Ces états confusionnels apparaissent plus dégradés, ces mélancolies ou ces manies deviennent plus atypiques, certains aspects évoquent déjà un syndrome de discordance, on découvre des thèmes de dépersonnalisation. Il est naturel alors de redouter une évolution schizophrénique secondaire; cette mutation de la « structure aiguë » en structure chronique est alors comparable à ce que nous observons en dehors de la puerpéralité. Et c'est le problème capital qui est posé pour ces psychoses aiguës puerpérales comme pour toute psychose aiguë, de leurs relations avec une évolution schizophrénique secondaire. Cependant, dans la plupart des cas, au moins actuellement, cette « chronicisation » n'est que passagère et cède en général à des thérapeutiques plus actives et plus longues. Il n'en est pas moins vrai que ces psychoses

ont tout de même une allure de psychoses chroniques dont nous allons maintenant aborder l'étude.

OBS. 11.

M^me^ B. présente en 1946 une mélancolie réactionnelle à des déceptions sentimentales. Traitée par 6 électro-chocs en 15 jours, on assiste à une franche rémission. Mais trois semaines plus tard, la rechute s'amorce différente de l'épisode initial. On note déjà un facteur de discordance, quelques troubles du comportement. Une cure de Sakel est entreprise : 16 comas en un mois permettent une sortie et une rémission convenables.

En 1948 : 1^re^ grossesse et accouchement normaux.

En 1950 : 10 jours après son 2^e^ accouchement, éclatement d'une psychose aiguë confuso-maniaque. Les troubles sont réduits en un mois par 17 électro-chocs, mais alors apparaissent un délire plus polymorphe dans ses thèmes, et des manifestations dissociatives nettes. Une 2^e^ cure de Sakel est entreprise alors : 27 comas en 1 mois et demi. Sortie prématurée et rechute un an après sur un mode purement schizophrénique : avec avec délire d'influence, autisme, et ambivalence nécessitant la reprise d'une nouvelle série de comas insuliniques en hôpital psychiatrique.

Il est évident que cette observation est révélatrice du simple rapport de coïncidence entre la grossesse et la psychose schizophrénique. La gravité étant intervenue au cours d'une évolution schizophrénique classique.

d) Psychoses hyperthermiques.

Dans ce chapitre des psychoses aiguës on décrit enfin le délire aigu puerpéral (ou encéphalite psychosique aiguë puerpérale) qui constitue la forme la plus immédiatement grave mais aussi la plus rare. Le début est brusque, quelques jours après l'accouchement. En quelques heures s'installe un état de confusion mentale au milieu de signes végétatifs de très haute gravité : hyperthermie dépassant 40°, polypnée, soubresauts musculaires, prostration et adynamie coupés de phases d'agitation confuso-délirante parfois intense.

Si auparavant le délire aigu pouvait survenir soit primitivement soit secondairement à la suite de toute atteinte psychotique de quelque étiologie qu'elle soit, dans le cas de la puerpéralité ces psychoses hyperthermiques, il est important de le rappeler, appa-

raissaient comme la révélation obligatoire d'une étiologie infectieuse dont l'évolution gravissime emportait l'accouchée en quelques jours. Or, il est établi que ces encéphalites psychosiques sont selon l'expression de Marchant des encéphalites pseudo-infectieuses, qu'elles sont liées au dérèglement des centres neuro-végétatifs, et qu'elles peuvent être prévenues et réduites par les techniques inspirées de l'hibernation (Riser-Laboucarié-Barrès, 1953). De fait, dans nos statistiques, nous n'en comptons qu'un seul cas.

OBS. 126.

En 1961, trois jours après son premier accouchement, M^me^ D. présente une psychose confusionnelle suraiguë avec délire hyperthermique : deshydratation extrême, sueurs profuses, langue rôtie, anorexie totale; et hyperthermie à 41°.

Traitée immédiatement par Dolosal-Phénergan-Largactil I.M. associé à l'Equanil I.M. à la dose de 8 ampoules par jour, par une réhydratation massive, et par un groupage d'électro-chocs, la disparition des troubles somatiques et du syndrome confusionnel est obtenue en 3 jours.

Mais 3 jours plus tard, une nouvelle rechute s'amorce avec reprise de la confusion et de l'hyperthermie. Le même traitement est alors remis en œuvre, entraînant une nouvelle amélioration en 48 heures, mais dès lors apparaît un abcès de la fesse que l'on doit exciser. La guérison totale survient au bout de 15 jours grâce à un traitement quotidien de 150 mg de Largactil, associés à 6 comprimés d'Equanil.

2. LES PSYCHOSES CHRONIQUES

a) États schizophréniques secondaires.

Les formes chroniques peuvent, comme nous venons de le voir, s'élaborer progressivement sur un terrain particulièrement fragile après une explosion aiguë au premier abord d'allure banale. Ceci est actuellement rare, alors que de 1939 à 1953, nous comptons 10 % de ces formes et depuis, nous n'en comptons plus que 2,3 %. La confusion ou l'onirisme semblent s'organiser en véritable délire, les thèmes délirants révèlent une destructuration de plus en plus sévère de la conscience. Parallèlement, la malade change de comportement, son attitude devient plus renfermée, plus bizarre, ses propos plus incohérents, révélant une organisation autistique de

plus en plus profonde avec un vécu de plus en plus schizophrénique, à expression délirante de type paranoïde, ou attitude de mutisme et d'opposition d'aspect catatonique. C'est la plupart du temps ainsi qu'apparaît cette psychose délirante chronique, les délires paranoïaques et paraphréniques étant très peu souvent observés.

b) États schizophréniques primitifs.

Dans quelques cas, et nous les comptons tous avant 1953, nous assistons à des états schizophréniques d'emblée correspondants à la classique démence précoce. Il s'agit en fait de malades chez lesquels nous constatons une altération profonde du Moi marquée soit par des « bizarreries de comportement », soit par l'élaboration d'idées délirantes à thèmes de dépersonnalisation ou d'influence par exemple, avec dégradation progressive de la personnalité. Mais ces formes en réalité ne représentent que des états schizophréniques antérieurs à la grossesse, et que celle-ci a soit révélés, soit activés.

L'évolution de ces états ne peut évidemment pas actuellement être dissociée de l'action thérapeutique, et nous verrons en étudiant le traitement la diminution considérable de gravité des psychoses puerpérales, qui auparavant étaient jugées, comme nous le savons, de pronostic si sévère. Parfois cependant elles poseront encore des problèmes thérapeutiques plus difficiles nécessitant un internement en milieu psychiatrique. C'est alors que se posera avec acuité le problème capital des relations mère-enfant sur lequel vient très justement d'insister Racamier, Sens et Carretier.

De ces faits, nous pouvons déjà apercevoir les principaux types évolutifs que nous préciserons ultérieurement en fonction de la thérapeutique. Si l'on peut opposer à la réductibilité thérapeutique rapide et complète qu'offrent les formes aiguës, une curabilité plus difficile et parfois une irréductibilité réelle de certaines formes de type schizophrénique, on doit souligner le pourcentage élevé de formes curables par rapport aux formes irréductibles qui deviennent de plus en plus exceptionnelles. *Notion capitale qui permet déjà de parler de la bénignité des psychoses puerpérales contrairement aux conceptions antérieures qui jugeaient la folie puerpérale comme incurable.*

Nous sommes conduits aussi à constater la *non spécificité de leur évolution.* Pourquoi ces formes aiguës, au lieu de s'épuiser

rapidement, comme il est normal de l'escompter, vont-elles dans certains cas, sans pour cela avoir offert un caractère spécial de gravité initiale, se mettre à traîner, à rebondir, à se chroniciser, pour enfin apparaître soit comme l'amorce de véritables états cyclothymiques qui se déclencheront désormais sans contexte puerpéral, ou psychomathique net, soit comme la phase initiale d'évolution schizophrénique. C'est que ces états en fin de compte suivent l'évolution habituelle liée au syndrome mental lui-même en dehors de tout contexte puerpéral.

Mais au-delà de cette notion d'évolution thérapeutique, cette étude nous fait apercevoir aussi la non spécificité des psychoses puerpérales. Il n'est pas possible de mettre en évidence un processus type dans leurs manifestations. Si la psychose confusionnelle du post partum semble être la forme habituelle de ces dérèglements, celle-ci peut soit n'apparaître qu'au cours d'un premier accouchement, les suivants se déroulant normalement — soit au contraire, alors qu'un ou plusieurs accouchements antérieurs ont été banaux, se faire jour tout à coup alors qu'aucun antécédent psychopathique ne la faisait craindre — soit encore se manifester à chaque accouchement mettant alors l'accent sur cette relation psychose et puerpéralité.

De plus, dans nos statistiques, nous constatons souvent que la décompensation psychique puerpérale n'est pas unique dans la vie d'une malade, mais survient après ou avant de nombreuses autres décompensations de même type clinique, mais apparaissant soit au cours d'accidents somatiques ou de traumatismes situationnels banaux soit sans aucune raison apparente. Ce qui serait un argument de plus en faveur de la non spécificité des psychoses puerpérales, la grossesse ou l'accouchement n'ayant, dans le déclenchement de ces troubles mentaux, que la valeur d'un facteur de fragilisation, plus exactement d'un « moment de fragilité » où, tout comme à la crise pubertaire ou à la crise ménopausique, la structure psychologique est plus instable, plus exposée à ne pouvoir dominer les divers stress biologiques ou psychiques et singulièrement lors de la maternité dans le double sens d'un événement biologique et psychologique.

ÉTUDE ÉTIOPATHOGÉNIQUE

Nous allons retrouver ici les différents aspects des problèmes étiologiques des psychoses puerpérales que nous avions indiqués dans l'historique de cette étude.

1. ASPECTS BIOGÉNÉTIQUES

Si la grossesse est un événement par son retentissement psychologique, elle est bien avant tout un événement biologique.

En effet, la puerpéralité ne s'inscrit-elle pas dans la vie sexuelle de la femme comme la puberté ou la ménopause, et n'a-t-elle pas des répercussions physiologiques aussi considérables? Quoi de plus normal dès lors que l'on ait essayé d'expliquer les désordres puerpéraux par des altérations purement biologiques.

RÔLE DE L'INFECTION

Cette tentative d'explication est fort ancienne, et en premier lieu c'est au rôle de l'infection que les auteurs ont eu recours pour expliquer le mécanisme des psychoses puerpérales. Les facteurs infectieux ont longtemps bénéficié d'une grande faveur. Nombreux étaient ceux qui s'accordaient pour affirmer que l'infection était à l'origine du symptôme le plus typique de la psychose puerpérale : la confusion mentale, et donc de la psychose du post partum où cette confusion paraissait le plus volontiers. Le rôle de la colibacillose, aussi bien pour les psychoses gravidiques que pour celles du post partum, était admis au premier plan. Lepage a bien mis en valeur la notion de colibacilloses gravido-toxiques, et il n'est pas douteux que les manifestations d'asthénie psychique et physique constantes au cours de ces états n'oriente vers l'importance du rôle des toxines colibacillaires dans le déterminisme de certains accidents mentaux de la puerpéralité. Mais il est difficile d'affirmer une telle étiologie en dehors des examens de laboratoire, et l'analyse de nos propres observations oblige au con-

traire à considérer comme rare sinon des plus incertaines l'étiologie infectieuse. Il est possible d'invoquer cette origine lors de confusions mentales fébriles. Sur toutes nos observations, nous ne relevons que 4 cas possibles dont nous allons ici en résumer un (nous résumerons une autre observation aussi significative au chapitre de la thérapeutique).

OBS. 46.

Madame L. vit en 1948 une première grossesse difficile du fait des conflits affectifs suscités par une mésentente familiale. L'accouchement nécessite une césarienne et 10 jours après celui-ci éclate brusquement au cours d'un syndrome infectieux fébrile, une psychose confuso-maniaque. Traitée immédiatement par les antibiotiques (Pénicilline) et par la réalisation d'un abcès de fixation, les troubles infectieux cèdent rapidement, mais les troubles mentaux ne disparaissent qu'après une série de 7 électronarcoses en 15 jours.

L'année suivante, une deuxième grossesse se déroule normalement ainsi que l'accouchement.

L'existence d'un mouvement fébrile de quelques jours au cours d'un syndrome confusionnel n'a absolument aucune signification quant à son étiologie infectieuse, en raison de la constance d'un tel déréglement thermique d'origine centrale. Il est juste de reconnaître qu'actuellement le rôle secondaire de l'infection dans les psychoses puerpérales doit être pour une part relié à la réduction considérable d'état d'infection puerpérale depuis l'avènement des antibiotiques.

FACTEURS TOXIQUES

Ayant connu la même vogue que les facteurs infectieux, les facteurs toxiques ont paru répondre au besoin d'une étiologie organique évoquée. L'auto-intoxication mise au premier plan par Dupouy en 1904 (action des acides sarcolactiques, oléiques, des toxines syncytiales) associée ou non à l'insuffisance hépatorénale n'est plus retenue actuellement sous cette forme, mais cette notion toxique est reprise dans les hypothèses plus récentes sur les mécanismes vitamino-hormonaux, l'étiologie endocrinienne comprenant alors le privilège d'une explication plus séduisante et d'apparence plus scientifique.

FACTEURS ENDOCRINIENS

Déjà en 1910, Anton considérait l'état gravidique comme une véritable « puberté aiguë », et c'est dans cette perspective que des travaux assez récents ont cherché l'explication étiopathogénique des psychoses puerpérales. Guiraud, dès 1936, ne reconnaît comme vraies psychoses puerpérales que celles qui ne dépendent ni de l'hérédité ni de l'infection. Il leur assigne une cause hormonale, mais cet auteur fait dépendre le désordre hormonal de l'atteinte des centres neuro-végétatifs diencéphaliques.

Plus récemment, Delay, Boittelle et Corteel ont recherché la relation de l'état mental et de l'état hormonal en faisant l'étude cyto-hormonale par biopsie de la muqueuse utérine dans les seuls cas de psychose du post partum, et en éliminant de ce groupe les psychoses infectieuses. Ces auteurs établissent les données suivantes :

— Au point de vue clinique, la guérison de la psychose est contemporaine du retour des règles normales : s'il n'y a pas guérison, c'est qu'au moment du retour de couches, il s'agit de pseudo-menstruations, parmi lesquelles il faut noter l'hémorragie du 14e jour.

— Au point de vue histologique, pendant l'évolution de la psychose, une hypoplasie du chorion est fréquente (1 cas sur 4), et la durée de l'évolution cyclique est longue. En réalité, le problème demeure complexe et les conclusions de ces auteurs ne peuvent être admises sans réserve.

Parmi nos 130 observations, nous ne pouvons en retenir que 2 qui paraissent confirmer cette pathogénie.

OBS. 51.

48 heures après son premier accouchement, Madame M. présente une psychose puerpérale à forme confuso-maniaque. Traitée par une série de 19 électronarcoses, en 2 mois et demi, les résultats s'avèrent médiocres. Une cure de Sakel est alors entreprise : 50 comas associés à 5 autres électro-chocs. On note une amélioration thymique mais la persistance de l'amenorrhée amène à entreprendre des investigations endocriniennes. On met alors en évidence une hypoplasie utérine liée à une insuffisance ovarienne. Un traitement hormonal est commencé. Il entraîne, 4 mois et demi après l'accouchement, le retour des règles et, parallèlement, une amélioration puis une guérison totale des troubles mentaux. Il est

à noter que cette malade, soignée en 1952, n'avait pu évidemment bénéficier des neuroleptiques.

OBS. 70.

Madame S. compte déjà dans ses antécédents 4 accouchements normaux et une fausse-couche au 6e mois. Sa 6e grossesse a été difficile, et la mort de l'enfant survient le lendemain de la naissance.

3 mois après cet accouchement, éclate un syndrome anxieux polymorphe avec agitation psychomotrice. Malgré 13 électro-chocs en 23 jours, l'élément confusionnel et les troubles délirants persistent. Une première cure de Sakel est entreprise et 18 comas en 27 jours entraînent une rémission. Mais pendant 3 mois consécutifs, on assistera à 3 rechutes psychopathiques maniaques rythmées chaque fois par les périodes menstruelles. On pratique alors un examen histologique qui révèle un endomètre folluculinique, et un cycle anovulaire. Un traitement par la Gonadotrophine chorionique amène dès lors une guérison totale.

L'interprétation de ces 2 observations est susceptible même de quelques réserves. En effet, on peut se demander si le trouble hormonal n'est pas dans une certaine mesure secondaire au trouble central, et à certaines actions thérapeutiques multiples, profondes et longues qui ont pu retentir sur l'équilibre endocrinien.

D'une manière générale, le déterminisme hormonal des troubles mentaux est difficile à retenir dans la majorité des cas.

— D'abord comme Delay le reconnaît lui-même, la production de cycles artificiels n'entraîne pas toujours la guérison de l'état mental. De plus, selon Guiraud, le primum movens du désordre hormonal est d'ordre central, on peut admettre qu'il existe entre le trouble hormonal et le trouble mental un rapport de coexistence du reste inconstant, et non une relation de cause à effet.

De multiples arguments interviennent dans ce sens :

a) L'évolution de nombreux cas de psychoses du post partum comme le montre la majorité de nos observations, prouve que la guérison de la psychose est indépendante des règles normales. En effet, alors qu'il est possible que la reprise des menstruations ne modifie pas les symptômes psychiques ou même les aggrave, ou entraîne une rechute, il est de même de nombreux cas où la guérison de l'état mental s'observe bien avant la réapparition de tout écoulement sanguin. Sans contester la valeur du critère cytologique

étudié par Delay, on doit reconnaître que ses conclusions ne s'appliquent pas à l'ensemble des faits.

b) Les thérapeutiques de chocs : électro-chocs, insulinothérapie, dont l'action centrale bien connue déclenche presque constamment la réduction des troubles mentaux plus ou moins tôt, mais presque toujours avant le rétablissement des règles.

c) Comment, enfin, ne peut-on souligner la banalité des aménorrhées au cours de toutes les psychoses, leur persistance plus ou moins prolongée à la guérison de l'état mental et, inversement, la fréquence des rémissions et des guérisons lors de confusions, de manies ou de mélancolies non puerpérales avant la réapparition des règles.

Ainsi, nous pensons que l'opinion de Guiraud permet une appréciation plus objective des rapports entre le trouble mental et le trouble hormonal, en ramenant l'un et l'autre à une origine centrale diencéphalique. L'action thérapeutique des chocs ne peut se comprendre que dans cette manière de voir.

Quatre de nos observations peuvent étayer ces arguments :

OBS. 56.

Un mois après son premier accouchement, Madame P. présente une psychose délirante aiguë avec excitation psycho-motrice maniaque. 11 Cerletti amènent la réduction de l'excitation, mais alors s'installe un état d'apathie stuporeuse et de catatonie. On entreprend alors une cure de comas insuliniques, et une investigation endocrinienne. Au 10e coma survient le premier retour de règles, mais la guérison de l'état mental n'est obtenu qu'après le 21e coma. Un mois après, lors de la 2e période menstruelle, on assiste à 2 jours de confusion mentale de guérison spontanée. Un même épisode survient de nouveau un mois plus tard, rythmé par la 3e menstruation. La guérison définitive n'est obtenue que grâce à 4 électro-traitements.

OBS. 31.

Madame F. présente en 1942, 8 jours après son premier accouchement, une psychose confuso-maniaque. Traitée par 7 électrochocs en 15 jours, la guérison est immédiate et précède de 1 mois son retour de couches. Pas de rechutes ultérieures.

OBS. 50.

Madame M., alors que 13 ans auparavant, un premier accouchement avait été normal, présente, 6 jours après son 2e accou-

chement, une psychose puerpérale d'allure maniaque. Traitée par 3 électro-chocs et 200 mg de Largactil par jour, la guérison survient en 8 jours sans avoir constaté encore de retour de règles.

OBS. 95.

Madame M. fait, 12 jours après son premier accouchement, un épisode confuso-maniaque. Traitée par 8 électronarcoses, la rechute est immédiate et nécessite 7 autres Cerletti en un mois. L'amélioration est sensible, quand survient le premier retour de couches. Puis une 2e rechute s'amorce où apparaissent des idées polymorphes et une tendance dissociative nette réclamant un traitement plus actif par comas insuliniques et internement en hôpital psychiatrique.

A côté de ces recherches pathogéniques hormonales, étayées par une étude cytologique endométriale, se sont élaborées des hypothèses endocriennes basées surtout sur les relations des anomalies du rapport $\frac{\text{folliculine}}{\text{lutéine}}$ avec certaines modalités psychosiques.

C'est ainsi que P. Abely avance une théorie qui permettrait non seulement d'expliquer l'origine des psychoses gravidiques et des psychoses du post partum, mais aussi leur forme. Selon cet auteur, on assisterait, pendant les 6 premiers mois de la grossesse, à une consommation excessive de corticosurrénale liée à l'hypersecrétion de prolan B et de lutéine. Ceci aurait pour conséquence un véritable épuisement de l'organisme qui conditionnerait les états dépressifs.

Les résultats thérapeutiques obtenus par les injections de Doca associées à la vitamine C et au calcium sont, pour cet auteur, la preuve de cette pathogénie.

Dans la seconde partie de la gestation, après le 5e mois, la corticosurrénale ayant repris son taux habituel et la lutéine ayant atteint son maximum, descend lentement, tandis que la folliculine subit une ascension rapide. Ainsi les accidents mentaux qui surviendraient au cours des 3 derniers mois, et où l'on décrit des confusions, des manifestations d'excitation, mais aussi et surtout des mélancolies ne seraient que des psychoses hyperfolliculiniques.

L'analyse de nos observations, dans les cas où ont été pratiqués les examens hormonaux, révèle :

— d'une part, au point de vue clinique, le polymorphisme des

accidents mentaux de la gravidité est tel qu'il est difficile d'assigner au syndrome mental une signification étiologique.

— d'autre part, les résultats thérapeutiques revendiqués en faveur de l'origine hormonale de ces accidents n'ont rien de spécifique, puisque Abely lui-même propose une thérapeutique identique avec des résultats analogues pour certains états dépressifs en dehors de la gravidité.

Enfin, en ce qui concerne les psychoses du post partum, Abely invoque la révolution hormonale qui suit l'accouchement. A cette époque, l'insuffisance corticosurrénale et l'hyperfonctionnement thyroïdien joueraient un rôle prédominant de même que l'hyperfolliculinie. Cet excès de folliculine nuit à la secrétion de prolactine donc à la lactation. Le centre de ce conflit serait l'hypophyse et plus spécialement les cellules basophiles et acidophiles.

Pour cet auteur, si la mère allaite sans « les moyens suffisants », il se produit une exaltation de la zone pituitaire basophile qui serait responsable de crises dépressives. Si au contraire, la mère n'allaite pas, « les stimuli hypophysaires font dériver leur activité vers la thyroïde et l'hypophyse, et l'on aura des accès maniaques ou anxieux ».

Le caractère purement hypothétique de ces mécanismes pathogéniques et leur complexité doivent être soulignés et opposés à l'incertitude des applications pratiques qui pourraient en découler. De plus, la « révolution hormonale » étant le propre de tout état du post partum, ne saurait être tenue pour spécifiquement responsable des troubles mentaux dont la caractéristique est d'être statistiquement des accidents rares.

2. ASPECTS LIÉS AU « TERRAIN »

L'étude statistique, les conditions d'apparition des troubles, le contexte clinique, les modes évolutifs spontanés ou thérapeutiques, sur lesquels nous reviendrons, obligent à reconnaître que les aspects biologiques n'ont rien de spécifique et qu'en tout cas les facteurs infectieux, toxiques ou hormonaux, ne peuvent être retenus ni comme constants, ni comme suffisants, dans le déterminisme des psychoses puerpérales. Au contraire, le rôle des facteurs affectifs apparaît de plus en plus prédominant si on les recherche sur le plan de la prédisposition psychologique individuelle et sur le plan de la situation vécue.

L'observation clinique permet de mettre en valeur des facteurs

psychologiques susceptibles d'être reconnus par tout clinicien en dehors même d'une investigation psychologique relevant de méthodes spécialisées.

C'est ainsi que chez certaines de ces malades, on retiendra des antécédents psychopathiques familiaux, en particulier des accès maniaco-dépressifs ou des déséquilibres névrotiques chez les parents, où divers états psychotiques ou névrotiques chez les frères ou les sœurs, qui apparaîtront bien comme des facteurs de prédisposition, aux éclosions psychotiques, et la psychose puerpérale pourra se montrer ainsi plus ou moins directement liée à des facteurs d'ordre génétique.

Plus souvent on met en évidence des accidents psychotiques antérieurs survenus chez la mère en dehors de toute puerpéralité. Nombreuses sont nos observations où l'on retrouve ainsi soit des états mélancoliques ou maniaques, soit des psychoses d'allure plus sévère de type psychose délirante aiguë et même de type schizophrénique, en dehors de tout contexte puerpéral, et il est hors de doute que la survenue de nouvelles manifestations psychotiques au cours de l'état puerpéral conduit d'abord à reconnaître une relation de coïncidence entre psychose et puerpéralité.

Mais dans la majorité des cas, c'est surtout un contexte de tendance névrotique qu'il est facile de découvrir bien avant l'éclosion de la psychose puerpérale, antérieurement plus ou moins bien compensée, mais facile à découvrir soit sur des aspects caractériels, soit sous des aspects d'immaturation affective que nous comprendrons mieux dans la perspective psychanalytique, comme nous essayerons de nous y référer plus loin.

3. ASPECTS LIÉS AU TRAUMATISME AFFECTIF

Si la connaissance des facteurs héréditaires ou personnels permet d'expliquer les prédispositions aux accidents mentaux de certaines femmes, soit à l'occasion, soit en raison de leur grossesse ou de l'accouchement, l'importance attribuée aux traumatismes affectifs survenant au cours de la puerpéralité, ne peut être méconnue. Ces traumatismes peuvent être majeurs et jugés comme tels par l'entourage, ou, au contraire, en apparence mineure, mais à la résonance affective très grande et importante précisément en tant qu' « événement vécu » : qu'il s'agisse de situations conflictuelles, de frustrations plus ou moins révélées, qu'il s'agisse, comme Delay le souligne bien, de ces difficultés sociales ou familiales

avec « refus névrotique de la maternité ». On conçoit très bien le traumatisme que peut représenter une grossesse chez une jeune fille abandonnée par le père de son enfant, et menacées d'être chassée de ses parents. A cette crainte, à cette angoisse situationnelle, s'ajoute bien souvent un sentiment de culpabilité pouvant entraîner toute une série d'oppositions et de recherches d'évasion de la réalité.

Dans la même perspective, on peut situer l'effet traumatisant d'une mésentente conjugale, avec menace de rupture au cours de la grossesse, surtout si celle-ci est refusée ou dédaignée par le père.

Enfin, on comprend que les traumatismes affectifs de toutes sortes, dans certains cas par exemple, la mort du père ou de la mère de la malade soient susceptibles de déclencher des réactions anxieuses pouvant s'exprimer suivant leur degré, par des manifestations névrotiques ou psychotiques. Dans ce cas, la grossesse représentera pour la femme une menace nouvelle qui va être vécue dans l'angoisse, qui à la limite, aboutira au refus de l'enfant. Une de nos observations se rapporte à l'explosion d'une crise de mélancolie aiguë ayant provoqué une tentative de suicide à deux avec meurtre de l'enfant; cette crise étant manifestement réactionnelle à une situation conjugale dramatique. A côté de ces cas, nous observons aussi le traumatisme majeur qu'est la révélation de la mort du nouveau-né au cours du post partum, capable de provoquer des accès mélancoliques avec sentiment de culpabilité extrême.

Dans tous ces cas, ces crises psychopathiques puerpérales correspondent le plus souvent à ces crises mélancoliques, mais qui peuvent revêtir également des aspects plus sévères de psychoses délirantes, apparaissant en étroite relation avec des événements vécus plus ou moins dramatiques.

Autant qu'à la personnalité de la mère, c'est donc à la situation vitale qu'il faut aussi se référer pour rechercher les conditions d'apparition de beaucoup de psychoses puerpérales. La grossesse et l'accouchement apparaissant dès lors comme un événement qui va conditionner cette décompensation qu'est l'éclatement de la psychose, et le problème se pose alors d'établir quelle est la part dans la grossesse qui doit être réservée aux facteurs biologiques, dans la perspective par exemple d'un état de fragilité, à la limite d'un état d'épuisement; ou au contraire, la part qui doit être attribuée à l'aspect psychologique de la grossesse en tant qu'évé-

nement lourd de significations et de responsabilités, sinon de menaces nouvelles.

Mais on ne saurait réduire les troubles mentaux de la grossesse et du post partum à de simples et nécessaires effets de traumatismes situationnels — combien de grossesses ainsi « subies » dans des circonstances catastrophiques — ne sont suivies d'aucuns accidents psychiques. Toutes sortes de facteurss psycho-sociaux et individuels entrent en jeu qui rendent plus complexes et plus compréhensibles à la fois ces réactions de décompensation en mettant au premier plan les facteurs de prédisposition, non seulement sur le plan de la prédisposition pathologique — comme nous vous l'avons indiqué plus haut — mais aussi sur le plan de la psychologie normale, en tant que la crise psychologique de la grossesse représente plus ou moins chez toutes les femmes un moment de fragilité, donc de prédisposition.

L'étude des prédispositions individuelles prend une valeur singulière dans la perspective psychanalytique, mais avant de nous référer aux formulations et à la symbolique de la psychanalyse, envisageons le problème de la psychologie de la grossesse sur un plan général.

4. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS

Nous avons déjà dit combien une grossesse était un événement capital dans la vie d'une femme. Or, même chez la plus normale des femmes, cet événement va avoir un double retentissement psychologique et physiologique. Même parfaitement acceptée, une première gestation surtout, va pouvoir être source d'anxiété plus ou moins manifestée : peur des maladies ou accidents venant en déranger le cours, peur d'une fausse-couche, toujours possible, peur de la souffrance accompagnant l'accouchement; mais bien souvent aussi peur de tous ces « silences » et de ces « tabous » qui entourent depuis toujours ces événements, dans certains milieux baignant dans une atmosphère plus ou moins magique; et que les rites familiaux ou sociaux de certains groupes révèlent bien. Les troubles somatiques physiologiques peuvent contribuer aussi à augmenter l'anxiété maternelle. Lassitude, asthénie, dégoût, nausées, et même vomissements viendront traduire les transformations psychosomatiques que doit subir l'organisme féminin pour « accepter » cette nouvelle destinée.

Depuis plusieurs années, et surtout sous l'impulsion de concep-

tions étrangères et en particulier soviétiques, une meilleure connaissance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement aboutit à réduire l'angoisse attachée à ces événements, en fait à les dédramatiser. C'est ainsi qu'est née la psychoprophylaxie de l'accouchement, sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Mais ces retentissements psychologiques et physiologiques vont eux-mêmes être conditionnés par le niveau affectif, culturel et social de la femme.

L'acceptation ou le refus de cette grossesse vont être liés aux rapports affectifs que la femme soutient avec sa mère, avec son mari et avec elle-même.

Devenant mère à son tour, la femme prend en quelque sorte la place de celle qui l'a enfantée. C'est là pour elle une totale émancipation. N'ayant jamais eu au cours de son adolescence de conflit psychologique avec sa mère, celle-ci se réjouira que sa grossesse lui permette de s'identifier à celle qu'elle a toujours admirée. Mais si au contraire, elle fût tiraillée par une mère abusive et autoritaire, dont elle n'a pu ou n'a osé s'affranchir, elle transposera au cours de sa gestation, les angoisses qu'elle a éprouvées enfant. C'est de cette identification plus ou moins bonne à sa mère, que naîtront les différentes aptitudes psycho-névrotiques au cours de la puerpéralité. Nous verrons combien ces données sont encore plus fondées dans la perspective psychanalytique.

Un rapport non moins important est celui que soutient la femme avec le père de son enfant. Dans la majorité des cas, la future mère a besoin d'un appui masculin pour accepter ses nouvelles responsabilités. Son attitude sera donc fonction du lien affectif qui l'unit à son mari. Elle modèlera souvent ses sentiments sur ceux qu'il éprouve, et accueillera grossesse et maternité avec joie ou mauvaise humeur, selon qu'il en sera fier ou importuné.

Mais la grossesse est surtout un drame qui se joue chez la femme elle-même. Selon sa propre maturité affective, elle la ressent comme un enrichissement ou comme une mutilation. Le fœtus est soit partie intégrante de son corps à qui elle donne vie, soit parasite qui l'exploite. Elle possède son enfant ou est possédée par lui. Il résume tout son avenir ou au contraire annihile sa propre existence. C'est de cette acceptation ou de ce refus, que vont naître des grossesses et des maternités heureuses ou torturées par des malaises, des angoisses et des phantasmes de mutilation.

Si le niveau affectif maternel joue un rôle aussi important dans

la conduite de la grossesse, le niveau culturel et social influent egalement beaucoup.

Il est à cet égard intéressant de constater que l'attitude de la femme envers la grossesse, l'accouchement, la lactation dépend de données culturelles ou sociales différentes suivant les Sociétés. C'est ainsi que dans ces études sur les Sociétés primitives, Margaret Mead a mis l'accent sur le nombre très restreint de psychoses puerpérales. Pour ces peuples, comme l'a montré Levy Strauss, la maternité est souvent considérée sans aucune charge affective puisque la procréation est dédaignée, entraînant avortements, et infanticides pratiqués d'une façon presque normale; et quand les enfants parviennent à naître, ils sont confiés à une autre famille. La mère ne nourrit au sein son enfant qu'en cas de nécessité absolue. On comprend ainsi que seuls les plus vigoureux résistent, et que l'adoption demeure le moyen habituel d'assurer la procréation. Dans d'autres peuplades, au contraire, l'enfant est l'objet de soins les plus attentifs. Mais dans la plupart des cas, la grossesse n'est jamais considérée comme une période à part dans une vie féminine.

Mais au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'échelle des groupes humains en fonction de leur niveau socio-culturel, se développe le sens de la maternité avec tous les investissements affectifs qu'elle comporte. Ceci est vrai dans les systèmes admettant l'union librement consentie par deux individualités, bien davantage encore dans le système matrimonial.

C'est d'abord la notion de la pérennité du patrimoine paternel et familial qui a conditionné le besoin d'enfant : dans le cas idéal, l'enfant doit être mâle et unique, et il hérite de la propriété familiale à la mort des parents. C'est pourquoi la maternité sera considérée comme une nécessité, et la femme stérile sera souvent bannie du groupe social, cette impossibilité de fécondation étant interprétée comme un châtiment divin.

A une échelle plus élevée, ce n'est plus pour un legs matériel, que l'enfant est souhaité, mais pour un plein épanouissement spirituel et moral du couple. L'enfant devient l'accomplissement de ce besoin de pérennité de l'homme. C'est pourquoi une maternité, sauf dans les cas défavorables que nous avons examinés, est toujours un événement heureux.

Enfin, il est intéressant de noter que sur un plan social, les besoins économiques d'une nation ont bien souvent une énorme influence sur la natalité. Que l'on ait affaire à un pays sur ou

sous peuplé, l'on sera soumis à des propagandes prônant l'enfant unique ou la famille nombreuse, limitant les allocations familiales ou louant la future mère et lui accordant toutes sortes de prérogatives tant matérielles que professionnelles. Il est alors facile de comprendre que toute impossibilité individuelle à réaliser cet idéal social soit source de mauvais équilibre psychologique.

Cependant, pour autant de valeur que l'on veuille accorder à cet ensemble de facteurs physiologiques, culturels ou sociaux, il faut bien remarquer qu'ils ne jouent pas le rôle capital dans le déclenchement d'une psychose puerpérale. C'est sur le plan psychologique individuel qu'il faut rechercher les motivations les plus profondes.

Selon la maturité affective de la mère, la grossesse sera bien ou mal supportée, donc bien ou mal intégrée à la vie familiale tout entière. A l'annonce d'un enfant, la notion de couple doit « éclater », pour accueillir le nouveau venu. Toute position égoïste de la famille n'est plus possible, mais doit s'élargir pour accepter les contingences matérielles et psychologiques qu'exige la présence de l'enfant. Tout cela réclame une préparation psychologique que parfois la femme n'accepte pas : pour des raisons névrotiques, elle refuse à l'enfant cette part de vie familiale à laquelle il a droit. Et la débile affective ne lui reconnaît pas ainsi sa place au sein de la famille parce qu'elle ne peut être autrement elle-même que l'enfant gâtée.

Dans d'autres cas, ces réactions ne se déclenchent qu'à l'annonce d'une nouvelle grossesse dans une famille déjà nombreuse. La mère, qui n'est pas forcément ici une névrotique, peut être devenue une femme accablée et dépassée par les charges matérielles et éducatives qui lui incombent déjà, et pour qui la menace d'une nouvelle grossesse peut apparaître comme une surcharge impossible. Ce refus peut se manifester durant la grossesse, soit par des réactions psychosomatiques, dont les vomissements sont la meilleure preuve, soit par des réactions d'agressivité contre le mari, qui bien souvent après l'accouchement peuvent se dériver sur l'enfant et être à l'origine de certaines crises anxieuses du post partum.

A ces aspects purement psychologiques individuels s'associent les aspects économiques en tant que source d'angoisse, quant aux problèmes matériels posés par la venue de l'enfant — désiré ou redouté par ailleurs — : entretien de celui-ci, question de logement devenu trop exigu, etc...

Cependant, deux femmes vivant les mêmes situations défavorables, ne décompenseront pas toutes deux sur le même mode psychopathique. C'est que chacune vivra ses propres difficultés avec ses prédispositions personnelles. Elles réagiront en fonction de leur « terrain », au sens archaïque du terme. En fait, en fonction de leur maturation psychologique, donc de leur niveau névrotique. Et c'est déjà ce problème que vont examiner les psychanalystes lorsqu'ils tenteront d'expliquer les motivations profondes à la source des décompensations puerpérales. Les réactions maternelles devant la grossesse ne seront que la réactivation inconsciente de conflits psychopathiques personnels.

A la source de ces réactions névrotiques ou psychotiques, il est parfois facile de retrouver des *attitudes de peur :* peur immédiate de la souffrance ou peur des responsabilités nouvelles ainsi créées;

des *attitudes de refus :* refus lié à une immaturation affective ou à une mauvaise identification conjugale;

des *attitudes de culpabilité :* souvent dues à des situations sociales et psychologiques anormales et conflictuelles.

Ce sont presque toujours ces trois mécanismes inconscients de peur, de refus ou de culpabilité, qu'il faut invoquer lorsque l'on étudie les différentes motivations psychogénétiques de la gravidité et du post partum. La manifestation psychopathique n'étant alors qu'un débordement d'anxiété devant une situation devenue aussi traumatisante.

5. ASPECTS PSYCHANALYTIQUES

Les investigations analytiques conduisent à un approfondissement de ces problèmes, en révélant l'importance des facteurs d'ordre inconscients. Nous résumons maintenant — d'après les données qu'a bien voulu préciser pour nous le docteur Barrès — la position actuelle de ce problème, qui se trouve ainsi renouvelé dans la perspective analytique. Même si le vocabulaire du psychanalyste, et pour certains, le caractère en apparence « choquant » de leurs conceptions, paraissent hermétiques à des cliniciens peu familiarisés à tous les apports des données freudiennes, il ne saurait être question de méconnaître la révolution que ces données ont entraînée. Révolution qui sans aucun doute peut prétendre à une étude exhaustive du domaine des psychoses et des névroses, et donc que toute étude sur les psychoses puerpérales ne saurait exclure.

Les psychoses puerpérales ont été rarement étudiées par les psychanalystes, et il n'y a guère d'étude d'ensemble de ces problèmes. Les recherches les plus importantes ont été faites par Zilboorg sur les réactions schizophréniques de la puerpéralité, et sur les formes dépressives qu'il a envisagées dans le cadre plus général des troubles mentaux de la maternité. Par ailleurs, il faut signaler les études de Sanders, Fromks, Menninger, Klein H., Hallvard, Rosberg et Karow; Madder et Luhan qui envisagent généralement le problème sous un aspect plus partiel. Tout récemment Racamier, Sens et Carretier viennent de consacrer une importante étude analytique et clinique à la relation mère-enfant dans les psychoses du post partum.

Ces travaux mettent en évidence l'absence de spécifité des psychoses puerpérales et la diversité des mécanismes psycho-dynamiques qui les sous-tendent. Ils montrent d'une part que le type de la psychose dépend de la structure psycho-dynamique du sujet, et que d'autre part la grossesse — moment privilégié de la vie de la femme — constitue un facteur traumatique riche en significations actuelles et en réviviscences du passé, et qu'en réalisant un vieux désir elle réactive d'anciens conflits.

Ce sont ces deux points : la structure psycho-dynamique prédisposant aux psychoses puerpérales, et le rôle de la grossesse en tant que traumatisme psychique, que les études psychanalytiques permettent de préciser en apportant ainsi au problème des psychoses puerpérales une contribution importante.

Avant d'aborder ces problèmes, il convient de rappeler dans leurs grandes lignes les conceptions psychanalytiques de la grossesse et de l'accouchement.

CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES CONCERNANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Le problème de la maternité est abordé par la plupart des analystes, mais c'est à H. Deutsch qui l'a systématisé dans son livre « la Psychologie des Femmes » que nous emprunterons les grandes lignes de ce qu'il nous paraît nécessaire de rappeler.

a) Les événements de la grossesse ont leur prélude dans l'imagination de l'enfant.

Les imaginations et peurs de la fillette au sujet des fonctions de reproduction sont en relation avec des préoccupations concer-

nant l'intérieur de son corps, et le mécanisme de la fécondation et de la reproduction est initialement conçu comme un acte digestif, l'enfant étant assimilé au contenu intestinal. Les phantasmes s'alimentent de pulsions (absorption et destruction, expulsion et rétention, prise agressive) qui accompagnent les diverses phases de la vie sexuelle infantile. Ceci nous permet de comprendre les rapports de la grossesse avec l'analité et l'oralité et le caractère des phantasmes revécus pendant la grossesse.

b) Les événements de l'enfance influencent de leur côté les fonctions de reproduction ultérieure, et la grossesse doit être replacée, aussi bien dans le cadre de l'évolution libidinale telle que la conçoivent les psychanalystes (stade oral, anal, phallique, génital), que dans l'histoire des relations objectales.

La petite fille, dans son évolution, n'est pas aidée comme le garçon par la présence du pénis qui, à travers l'identification à son père, lui permet de surmonter ses angoisses prégénitales (crainte de morcellement, de dévoration ou de ses propres pulsions destructrices).

Précocement, la fille fait la découverte de son absence de pénis et imagine que sa mère l'a châtrée à la naissance, et elle a la conception d'un pénis maternel, mauvais objet contenu dans le ventre de sa mère. Normalement, lorsque la petite fille a atteint le stade œdipien, elle renonce à son envie de pénis qui est remplacé par le désir d'avoir un enfant du père, à travers son identification à la mère.

Ces considérations permettent de saisir tout le symbolisme du fœtus au cours de la grossesse qui, si elle constitue sur le plan social une progression, entraîne sur le plan psycho-affectif une régression narcissique, en comblant les désirs archaïques de la petite fille d'avoir un pénis, puis d'avoir un enfant. Au début de la grossesse, le fœtus est vécu comme une addition narcissique du Moi qui prend la signification du contenu intestinal (à ce point, fœtus = matière fécale — pénis anal = pénis du père incorporé) et qui est progressivement génitalisé (fœtus = pénis désiré) pour prendre en fin de compte la signification de l'enfant du père ou du substitut paternel, le mari.

c) Les implications psychodynamiques de la grossesse.

Il résulte des théories analytiques, que l'aptitude à la grossesse est fonction du degré de maturité psycho-sexuelle, c'est-à-dire, de la génitalisation des pulsions qui est corrélative de l'établissement de relations normales avec le père, la mère et son propre sexe.

La grossesse fait appel avant tout à une bonne identification à la mère, alors qu'une identification hostile entraînerait une forte culpabilité susceptible de mettre en jeu le mécanisme de défense névrotique. Et l'on conçoit les problèmes que peut poser une évolution anormale qui aurait abouti à une identification masculine au père. La grossesse met en jeu toutes les facultés réceptives passives de la femme et son aptitude au don masochiste.

On conçoit combien il est nécessaire, et c'est une conséquence d'une bonne identification maternelle, que la mère puisse s'identifier partiellement à son enfant.

Elle revit en effet dans la grossesse, cette union mère-enfant, comme elle revivra dans l'accouchement la perte de l'unité fusionnelle avec la mère, et son propre traumatisme de la naissance. Si cette identification n'est pas possible, l'enfant est conçu comme un parasite et toutes les pulsions hostiles sont mises en jeu.

Il faut insister sur cette introversion de la femme enceinte qui s'accompagne d'un désinvestissement relatif du monde extérieur au profit du fœtus qui est investi intensément de significations multiples et contradictoires.

On doit reconnaître que la situation triangulaire Père-Mère-Enfant est déjà établie pendant la grossesse et qu'en fin de compte tout ce qui a troublé l'évolution psycho-affective de la femme enceinte, et tout ce qui perturbe ses relations avec son père, sa mère et leurs substituts : mari, belle-mère... retentit sur la relation de la mère avec son enfant sur lequel sont déplacés les affects concernant en réalité d'autres objets.

Selon les psychanalystes, si la grossesse traumatise, c'est principalement et paradoxalement dans la mesure où elle comble un désir, qui, du fait de sa signification profonde et inconsciente, œdipienne ou progénitale, incorporation orale agressive, rétention d'un pénis anal, ou gratification phallique, met en jeu d'anciens mécanismes de défense.

IMPLICATIONS PSYCHO-DYNAMIQUES DE L'ACCOUCHEMENT

Tenant la place qu'occupe chez l'homme la peur de la castration, nous trouvons chez la femme la peur de l'accouchement et la peur pour son enfant. Cela se conçoit dans la mesure où le désir de l'enfant est l'équivalent du désir du pénis, et s'accompagne de la peur d'être puni pour ce désir, crainte qui peut être déplacée sur l'enfant. Plus profondément, le traumatisme de la défloration

et celui de la castration imaginaire subie dans l'enfance sont revécus dans l'accouchement.

Mais aussi, mais plus régressivement encore, sont revécues sur un mode prégénital, les anciennes angoisses orales, anales (peur de se vider du contenu de son corps) et même uréthrales.

Il faut y ajouter, en raison de l'identification de la mère avec son enfant, qui constitue, selon l'expression de Ferenckzy, un « second Moi », la peur de la séparation, vécue comme la perte de l'unité fusionnelle mère-enfant, et du sentiment narcissique de l'unité — également la peur de mourir pendant l'accouchement, trouve souvent son explication dans les sentiments de culpabilité en rapport avec une agressivité envers la mère qui fait croire à l'accouchée qu'elle ne peut avoir un enfant qu'à la condition de le payer de sa propre vie.

CONCEPTIONS PSYCHANALYTIQUES CONCERNANT LES TROUBLES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Il faut noter au préalable que la grossesse peut avoir tantôt un effet thérapeutique, tantôt un effet pathologique, et qu'en dehors des troubles psycho-névrotiques classiques du début de la grossesse (vomissements, phobies et envies, angoisses) qui sortent du cadre des psychoses puerpérales, on observe tantôt la guérison d'états psycho-névrotiques, tantôt l'éclosion de processus névrotiques et psychotiques de caractère transitoire, mais parfois aussi chronique, dont le point de départ semble bien être le processus lui-même de la grossesse et de l'accouchement avec toutes ses implications biologiques et dynamiques anciennes et actuelles.

Il serait intéressant d'envisager séparément les structures psycho-dynamiques qui prédisposent aux psychoses puerpérales, et la grossesse en tant que facteur traumatique. Mais outre que ce serait une séparation artificielle — les événements de la grossesse sont précisément vécus de façon différente selon la nature des fixations et régressions libidinales et l'état des relations objectales qui caractérisent la structure psycho-dynamique. Les facteurs actuels et situationnels entrent en ligne de compte dans la mesure où ils servent de point d'appel pour la culpabilité ou l'agressivité inconsciente. Nous avons spécialement en vue en évoquant ce problème les grossesses indésirées ou indésirables, les conflits conjugaux et familiaux, les situations de frustration affective ou matérielle, qui, par le jeu de la régresion, ramènent au jour d'anciens conflits

principalement œdipiens, et déplacent sur l'enfant les affects hostiles, les pulsions agressives et les désirs inconscients.

Les rares études psychanalytiques sur ce sujet concernent essentiellement les réactions schizophréniques, transitoires ou durables — les réactions dépressives, mélancoliques ou névrotiques — les décompensations de structure névrotique obsessionnelle et phobique.

Il est rarement mentionné — sans doute parce qu'elles sont plus ou moins comprises dans les réactions schizophréniques — les accès confusionnels et les crises d'excitation relativement fréquentes après l'accouchement. Mais on peut schématiquement admettre que toutes ces formes cliniques à base de confusion et d'excitation représentent une tentative de reconstruire phantasmatiquement la portion du Moi narcissiquement investi et perdu lors de l'accouchement. Ce brusque désinvestissement d'un objet appartenant antérieurement au Moi et soudainement projeté dans le monde extérieur, réalise au maximum une perte d'objet, à laquelle on peut réagir pathologiquement soit par une dépersonnalisation, soit par une confusion mentale, soit par une négation délirante. Mais les études de Zilboorg sur les réactions schizophréniques permettent d'aller plus loin dans la connaissance de ce qui est « perdu » et des mécanismes psychotiques.

PSYCHO-DYNAMISME DES RÉACTIONS SCHIZOPHRÉNIQUES

Dans une série d'études cliniques, Zilboorg a étudié le dynamisme des réactions schizophréniques, et il aboutit à la description d'une constellation de facteurs qui permettent de parler d'une structure psycho-dynamique prédisposante. Il s'agit de femmes qui n'ont pas atteint leur maturité sexuelle (stade vaginal) et sont restées fixées au stade phallique avec de fortes fixations anales. Cette position de la libido correspond :

1° à une identification au père (homosexualité latente) ;

2° à un profond sentiment de castration par le père;

3° à un sentiment de revanche à l'égard des hommes dont elle désire attaquer le pénis.

Cette position de leur libido va rendre compte de certains traits de comportement : goûts masculins, tendances narcissiques anales très importantes, habitudes masturbatoires, agressivité envers les hommes et frigidité habituelle. Ce sont des femmes qui évitent les

hommes et se marient généralement tardivement. Elles vivent leur grossesse comme la satisfaction de leur désir de pénis, et une revanche sur l'homme. Mais, en même temps, leur crainte de castration (et donc de l'accouchement) se trouve accentuée, et leurs tendances anales à la rétention sont renforcées en sorte qu'il leur est impossible de renoncer à l'enfant-pénis d'où elles tirent d'intenses satisfactions narcissiques — phalliques —.

Ceci explique *que* la première partie de leur grossesse soit généralement bien tolérée et *que* très souvent, dans la période qui précède l'éclosion de la psychose, et pour la première fois dans leur existence, leur intérêt pour les relations sexuelles s'éveille et prend la signification d'un essai de récupérer le pénis qu'elles ont perdu ou vont perdre — *que* pendant leur grossesse, leur hostilité envers leur mari s'accentue et *qu*'après leur accouchement, elles sont incapables d'aimer leur enfant envers lequel elles éprouvent le ressentiment *qu*'elles éprouvaient dans leur enfance envers le pénis paternel.

La réaction schizophrénique, elle-même déterminée le plus souvent par l'accouchement, représente une brutale régression anale et s'accompagne d'une dénégation de leur maternité sous la forme d'idées délirantes (l'enfant n'est pas du père, ou l'enfant ne nous appartient pas, ou encore il a été conçu miraculeusement), d'une dénégation de la castration avec reconstruction phantasmique du pénis perdu (elles ont un autre enfant dans le ventre...), ou d'une brusque éclosion de sentiments homosexuels.

PSYCHO-DYNAMISME DES RÉACTIONS DÉPRESSIVES

Au cours des réactions dépressives, et toujours selon Zilboorg, le problème central serait celui de la culpabilité liée à l'hostilité envers la mère. L'ambivalence de ces sujets, toujours partagées entre la haine et l'amour, étroitement dépendantes de leur objet d'amour dans la mesure même de leur agressivité, font, on le comprend, une identification hostile à leur enfant, et selon les cas, on peut voir éclore des dépressions mélancoliques avec introjection agressive, le malade détruisant son enfant en voulant se détruire elle-même, des mélancolies partielles ou des dépressions névrotiques de structure plus ou moins hystérique. Dans certains cas, la grossesse peut constituer une perte d'objet sustentateur qui précipite la mélancolie. En se haussant au niveau de sa mère, la femme enceinte vit cette nouvelle situation d'indépendance (elle

n'a plus personne au-dessus d'elle) comme si sa mère l'abandonnait réellement; et elle s'efforce de la reconstituer en elle par le mécanisme de récupération orale agressive.

Dans d'autres cas, la grossesse peut être vécue comme une véritable frustration lorsqu'elle est considérée comme un obstacle au propre développement de la mère, ou comme une privation d'affection au profit de l'enfant à venir, ou comme une possible dévalorisation narcissique corporelle. Il s'agit de personnalités orales qui ne peuvent supporter la moindre frustration, et ont sans cesse besoin de gratification pour maintenir leur propre estime d'elles-mêmes. La grossesse les précipite souvent dans une dépression névrotique de structure plus ou moins hystérique, mais qui peut atteindre le niveau mélancolique.

Enfin, dans certains cas, au cours de la grossesse, des pulsions agressives mises en jeu par elle, se frayent un chemin à travers l'enfant jusqu'à l'objet parental, et l'on peut ainsi assister à la réactivation d'anciens mécanismes de défense. C'est ainsi que de nombreux caractères phobiques se décomposent au cours de la grossesse, en particulier sous l'aspect de phobies d'impulsion dirigées sur l'enfant en tant que substitut parental.

Racamier reconnaît bien que si la grossesse « est psychologiquement pour la femme » un processus normal de régression féconde (régression libidinale au plan oral, et régression structurale au plan pré-objectal), il s'agit bien d'une régression ni pathologique ni pathogène pour autant qu'elle est consentie, assumée et contrôlée par le Moi.

Mais la femme mal préparée — soit en raison de facteurs historiques soit du fait de fixations névrotiques, soit en raison de facteurs actuels (situations traumatisantes) — peut alors, au cours de ce processus normal de régression, présenter deux formes d'échecs :

— *l'échec de style névrotique :* dont l'enfant fait la plupart des frais en étant plus ou moins « refusé » par la mère;

— *l'échec de niveau psychotique :* dont la mère subit la première l'effet et par voie de conséquence l'enfant.

Ainsi les psychanalystes, avec leur formation particulière, et leur référence à la symbolique de l'inconscient, à la dynamique des pulsions, et des mécanismes de défense du Moi, nous apportent des hypothèses intéressantes concernant :

1° le rôle traumatique de la grossesse et de l'accouchement;

2° la prédisposition aux troubles psychiques de la puerpéralité

qui peut être envisagée comme une faiblesse de l'organisation dynamique du Moi, et qui met en jeu les premières relations objectales de l'enfance, l'attitude profonde inconsciente vis-à-vis de son propre sexe, et les perturbations de l'évolution libidinale.

Tout ceci éclairant d'un jour nouveau les mécanismes plus superficiels de déclenchement des troubles en relation avec les facteurs situationnels, et les événements vécus sur le plan conscient, qui n'en conservent pas moins un rôle important dans le déterminisme de ces réactions psychotiques et névrotiques.

Pour essayer de conclure cette étude étiopathogénique, il nous paraît utile de mettre en parallèle les différentes conceptions étiologiques et leur portée clinique.

D'une manière générale, les aspects biogénétiques ne révèlent pas sur le plan de la pratique quotidienne de données étiologiques spécifiques valables. Il devient maintenant de plus en plus hasardeux de rechercher la cause d'une explosion psychique puerpérale dans un ensemble de règlements infectieux, toxiques, ou hormonaux. D'une part, l'infection puerpérale, dans les rares cas où elle existe est *éliminée* par les antibiotiques; d'autre part, l'auto-intoxication gravidique ne peut être réellement retenue. Quant aux théories endocriniennes, si elles ont l'avantage de proposer des explications plus « scientifiques » elles restent néanmoins hypothétiques. Quand il est possible de mettre en valeur un dérèglement hormonal, il est bien difficile d'établir une relation de cause à effet entre les troubles mentaux et les troubles endocriniens; ceux-ci pouvant être parallèles à ceux-là; bien plus souvent secondaires à un même dérèglement central comme nous l'avons déjà indiqué. De plus, nous y revenons, il n'existe aucun parallélisme, contrairement à ce qui avait pu être annoncé, entre la « normalisation » de l'état hormonal et la réduction des troubles mentaux. Enfin, on doit reconnaître que les perturbations hormonales constantes aux divers stades de la puerpéralité sont physiologiques, et tout comme la crise pubertaire ou la crise ménopausique doivent apparaître comme des « moments de fragilité » pouvant correspondre sur le plan biologique, à une sorte d'état d'épuisement, au sens de Kretschmer, capable de favoriser l'éclatement de la psychose mais ne pouvant à elles seules la conditionner.

Au contraire, les aspects psychogénétiques apportent sur le plan clinique une lumière toute différente.

Dans une première approche clinique, l'analyse biographique nous découvre l'importance des antécédents psychopathiques éven-

tuels, des événements ou des situations traumatisants, des tendances névrotiques de la mère révélée par son caractère, ses réactions habituelles et particulièrement son attitude vis-à-vis de la grossesse désirée, acceptée ou au contraire appréhendée, redoutée, sinon refusée. Et ces premières données apparaissent déjà hautement significatives à l'origine de beaucoup de troubles psychiques de la puerpéralité.

Mais tous ces facteurs psychologiques peuvent se ramener à des traumatismes affectifs créant un autre mode de fragilité, aboutissant à un véritable abaissement du seuil de réaction, en d'autres termes en altérant les défenses du Moi.

Tout ce que nous avons dit des aspects psychanalytiques de la puerpéralité nous fait saisir l'importance capitale des facteurs inconscients. C'est dire que nous aurons à retenir tous les aspects névrotiques susceptibles de traduire une prédisposition à « l'échec de la maternité ». Il va de soi qu'une étude psychanalytique de la plupart de ces cas démonstratifs est en pratique irréalisable, mais qu'une expérience clinique qui s'inspire à la fois de l'étude du « vécu » de ces malades, dans une perspective phénoménologique, et qui ne fait pas fi des données psychanalytiques, permet de mieux comprendre la signification de ces états puerpéraux.

Mais, si les investigations analytiques mettent en valeur, sans qu'il soit peut-être possible de le vérifier dans tous les cas, le contenu délirant de ces états psychotiques, et si elles donnent un sens plus profond à la psychologie de la maternité, elles ne rendent pas compte complètement du phénomène de décompensation qu'est la crise psychotique, pas plus de son éclatement que de sa réduction.

Ainsi ces psychoses puerpérales apparaissent bien, mais au sens fort, comme des états réactionnels, ou plus exactement comme une réaction conditionnée par la convergence de facteurs biologiques et psychologiques.

En effet, comme M. Bleuler l'a bien montré, et nous en retrouvons une pénétrante analyse dans une étude de Le Mappian, dans la notion de réaction, ce qui compte ici, ce n'est pas le « bouleversement émotionnel » mais les perturbations *affectives* en tant qu'elles imprègnent tous les instants de la vie d'un sujet, et l'*événement* en tant qu'il est vécu par le sujet. Ainsi c'est le problème même de l'articulation de l'événement et de l'existence qui doit être abordé selon les concepts phénoménologiques de *sens*, de *valeur*, de *motivation* et d'*intentionalité*. Et « le processus réactionnel apparaît comme un processus de filiation, se développant

à partir d'expériences vécues et au-delà d'elles ». Mais la réaction ne saurait se réduire au simple effet d'une situation malheureuse, elle dépend avant tout d'une sorte de seuil, de capacité, qui fait que dans des circonstances données où convergent des facteurs psychologiques, le malade ne peut intégrer l'événement, ici, assumer sa maternité.

En d'autres termes, les psychoses puerpérales n'ont aucune spécificité ni sur le plan biologique, ni sur le plan psychologique : la grossesse et l'accouchement en tant qu'événements biopsychologiques ne déterminent pas, mais constituent chez certaines femmes mal préparées, ou fragilisées, des « facteurs précipitants ».

PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES ET PRONOSTIC

Il n'est pas possible actuellèment de dissocier l'étude de l'évolution des psychoses puerpérales de l'étude thérapeutique; en d'autres termes, de parler du pronostic sans se référer aux possibilités thérapeutiques contemporaines qui l'ont complètement transformée.

Tout d'abord, et dans la mesure même où l'on reconnaissait une spécificité nosographique aux psychoses puerpérales, il était logique de rechercher un traitement étiologique, de mettre en œuvre des thérapeutiques « spécifiques », visant à s'attaquer aux causes mêmes de l'affection.

Deux ordres d'étiologie, nous venons de le voir, se présentent sur le plan organique : l'infection, les troubles endocriniens. Examinons successivement les indications thérapeutiques qui en découlent et leur valeur.

THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE

Si le rôle de l'infection avait paru longtemps primordial, nous savons aujourd'hui qu'il est beaucoup plus limité parce que d'une part l'étiologie infectieuse, par exemple, colibacillaire ne peut être reconnue que dans un nombre très restreint de cas, et que, d'autre part, les antibiotiques ont totalement modifié cet aspect du problème.

De plus, dans les cas rares, où un état infectieux est reconnu, par exemple, une pyélonéphrite aiguë, et où de ce fait l'étiologie infectieuse peut être invoquée à l'origine des troubles mentaux, il faut savoir que ceux-ci survivent à la réduction de l'infection, en d'autres termes que tous les traitements antibiotiques possibles n'ont pas d'action sur le syndrome mental qui continue à évoluer pour son propre compte, et qui n'est réduit que quand on met en œuvre les thérapeutiques psychiatriques appropriées à chaque forme.

Citons ici une observation particulièrement significative.

OBS. 120.

Jeune femme qui au 7e mois de sa première grossesse présente une pyélonéphrite aiguë avec syndrome infectieux sévère, et altération profonde de l'état général, en même temps qu'apparaissent des troubles mentaux impressionnants à type de psychose délirante aiguë avec anxiété et agitation très intenses.

Cette malade subit un traitement antibiotique particulièrement actif par Tifomycine, Streptomycine, Terramycine, Sultirene et Rufol, puis un cathétérisme urétéral, et au bout de trois semaines on constate la disparition du syndrome infectieux confirmée par les examens de laboratoire avec normalisation de la température. Mais l'état général demeure alarmant, avec refus d'alimentation, amaigrissement presque cachectique, persistance de troubles mentaux sévères. Les accoucheurs, les médecins et les chirurgiens envisagent l'interruption de la grossesse, d'une part, parce que celle-ci paraît définitivement compromise, et, d'autre part, parce que la vie de la mère est manifestement en danger.

Un traitement psychiatrique — une série de 9 électro-chocs — détermine en 10 jours la disparition des troubles mentaux qui survivaient et s'aggravaient malgré la guérison de l'état infectieux, et la poursuite des antibiotiques. La guérison psychique s'établit définitivement : la grossesse est menée à terme avec accouchement d'un enfant normal, sans reprise des accidents mentaux par la suite. Deux ans après, une nouvelle grossesse est menée à terme sans le moindre incident, avec naissance d'un deuxième enfant normal. La stabilité parfaite de l'état psychologique se maintenant depuis.

Enfin, rappelons aussi que les gros syndromes hyperthermiques décrits sous le nom de délire aigu ou d'encéphalite psychosique, fréquents pour les anciens accoucheurs auxquels ces états s'imposaient comme le type même d'un état infectieux aigu malin, sont d'origine centrale, irréductibles par des thérapeutiques anti-infectieuses en particulier antibiotiques, alors qu'ils sont systématiquement prévenus ou guéris par les méthodes de l'hibernothérapie avec rehydratation massive par perfusions, et imprégnations de neuroleptiques (Phénothiazines) ou de tranquillisants majeurs (Meprobamate injectable).

Il va de soi que les antibiotiques demeurent indiqués à titre complémentaire pour prévenir ou réduire un état infectieux observé au cours des accidents mentaux, mais en se défendant de l'illusion

que l'action anti-infectieuse comporte ipso-facto une action psychiatrique. Et l'on peut se demander à la lecture de certains travaux récents, si l'obstination à invoquer presque systématiquement l'origine infectieuse des psychoses puerpérales ne témoigne pas d'une référence aveugle aux dogmes passés que l'expérience clinique et thérapeutique actuelles n'arrive pas à corriger.

THÉRAPEUTIQUES HORMONALES

Nous avons déjà précisé plus haut les théories endocriniennes qui, pour beaucoup d'auteurs contemporains, paraissent fonder la thérapeutique spécifique des psychoses puerpérales; en particulier pour DELAY, BOITTELLE et CORTELL, la guérison de l'état mental doit être liée à la répartition des règles normales, celles-ci ne pouvant se produire tant que persiste l'hypoplasie choriale qu'il faut rechercher histologiquement, et quand elle est reconnue, combattre par le rétablissement de cycles normaux. Or, DELAY et ses collaborateurs avaient déjà admis l'inconstance de ces actions hormonales, et nous avons vérifié, comme nous l'avons indiqué plus haut, dans plusieurs de nos observations :

— *l'absence de parallélisme entre l'état hormonal et l'évolution de la psychose;*

— *l'inefficacité des traitements hormonaux* sur la psychose qu'elle qu'en soit la forme;

— enfin le fait que la *régularisation hormonale s'obtient par des thérapeutiques d'action centrale,* comme l'électro-choc, agissant à la fois sur les troubles mentaux qui, le plus souvent, sont réduits les premiers et sur le déséquilibre hormonal qui cède par la suite, les règles se rétablissant un mois ou deux après.

On se rapportera utilement aux tableaux de nos observations, comme à celles que nous avons résumées au chapitre consacré à la pathogénie, pour reconnaître le bien fondé de notre position thérapeutique.

L'*inefficacité des thérapeutiques hormonales* et la nécessité de recourir à un traitement à action centrale dans les psychoses puerpérales sont analogues à ce que nous observons pour toute une série de psychoses survenant chez la femme pendant sa vie génitale en dehors de la grossesse, et où la suspension des règles s'observe en même temps que la psychose, par exemple au cours des états mélancoliques réduits par l'électro-choc avec retour des règles après un délai d'un ou deux mois.

On sait que pour Abely il y aurait parallélisme entre tel type de dérèglement hormonal et la forme du syndrome mental : c'est ainsi que pour cet auteur les états dépressifs mélancoliques des six premiers mois de la grossesse seraient dus à une insuffisance corticosurrénale posant l'indication d'un traitement de Doca et de vitamine C; alors qu'à la fin de la grossesse, il s'agirait simplement de psychoses hyperfolliculiniques justifiant un traitement par la lutéine. Enfin, les psychoses du post partum correspondraient, pour les formes mélancoliques, à un hyper-fonctionnement hypophysaire (zone basophile) et les états d'excitation maniaque à un hyper-fonctionnement thyroïdien. Nous avons déjà souligné qu'il était difficile en pratique clinique de constater l'efficacité de ces traitements endocriniens proposés pour les divers types de Psychoses puerpérales qui, en fait, ne sont accessibles qu'aux thérapeutiques psychiatriques proprement dites sans que l'on puisse préciser si le rétablissement de l'équilibre hormonal est lié à l'action directe de la sismothérapie activant l'hypophyse par l'intermédiaire des centres hypotholamiques, ou, plus simplement, du fait de la disparition de la psychose qui entraîne la disparition des inhibitions d'origine centrale.

THÉRAPEUTIQUES PSYCHIATRIQUES

A) Thérapeutiques somatiques

Le développement du traitement des Psychoses puerpérales par les méthodes proprement psychiatriques suit exactement les étapes successives des acquisitions thérapeutiques réalisées dans le domaine des maladies mentales qui ont été marquées par ces deux révolutions thérapeutiques qu'ont été :

— de 1933 à 1942, les thérapeutiques de chocs et les cures de sommeil;
— depuis 1952 les traitements neuroleptiques.

1° Thérapeutiques de choc.

On sait que, chronologiquement, la cure comatogène insulinique de Sakel, mise au point en 1934, s'est affirmée comme le traitement de base des psychoses graves en particulier des psychoses schizophréniques.

Les convulsivothérapies réalisées d'abord par les méthodes chimiques (Cardiazol) avec Von Meduna, et depuis 1942 exclusive-

ment par la méthode électrique (Électro-choc de Cerletti) se sont montrées avant tout efficaces dans les psychoses aiguës et en particulier dans les formes mélancoliques.

Jusqu'en 1954, période où a été codifié le traitement neuroleptique, la règle thérapeutique était de mettre en œuvre d'abord le traitement par l'électro-choc parce qu'il s'agissait d'une méthode simple, sans risque et à action rapide. Ainsi, comme l'établit notre expérience clinique (cf. tableaux) la presque totalité de nos malades ont été traitées par l'électro-choc :

— dans une proportion de 74 % de cas (avant l'ère neuroleptique) la réduction complète des troubles mentaux a été obtenue dans un délai de 3 jours à 2 mois et, pour des cas correspondants, 40 % de mélancolies;

24 % de confusions;

36 % de psychoses à tendance schizophrénique ou évolutive;

— dans une proportion de 26 % où la réduction des troubles n'était pas obtenue dans un délai de 45 jours à 3 mois, la cure de Sakel était mise en œuvre. 22 malades ont reçu 16 à 50 comas avec comme résultat :

8 guérisons;

3 échecs;

11 internements.

Les méthodes de chocs représentaient un progrès considérable et, dans le domaine des Psychoses puerpérales, comme dans le domaine de la psychiatrie générale, permettaient déjà la réduction rapide de la majorité des états mentaux tout en réalisant dans une proportion importante de cas la « prophylaxie » des évolutions secondaires schizophréniques. Mais si la cure de Sakel paraissait la thérapeutique majeure dont la primauté, sinon l'exclusivité, s'imposait pour tous les troubles d'allure schizophrénique, cette méthode n'en comportait pas moins des inconvénients parfois sévères, longueur de la cure, phases d'endormissement et de réveil parfois très anxiogènes et aussi des risques (œdème aigu des poumons et coma prolongé) et parmi nos malades transférées en hôpital psychiatrique, où une nouvelle cure de Sakel avait été entreprise, nous comptons un décès. Indiquons aussi que la cure de Sakel est très formellement contre-indiquée pendant la grossesse en raison des risques majeurs qu'elle pouvait comporter pour la vie de l'enfant du fait des hypoglycémies provoquées. C'est pourquoi, depuis la mise au point des chimiothérapies, la cure de Sakel peut et doit être abandonnée parce que l'association électro-chocs -

neuroleptiques se montre plus souple, moins traumatisante, et au moins aussi efficace.

2° Neuroleptiques.

On sait que les neuroleptiques ont été introduits en Psychiatrie par Delay et Deniker en 1952, comme thérapeutique originale plus ou moins directement issue de la cure de sommeil mais en fait fondamentalement différente : c'est une technique visant à imprégner le système nerveux de manière continue et prolongée, par certains produits chimiques, les uns synthétiques comme la Chlorpromazine, les autres extraits d'alcaloïdes d'une plante : Rauwolfia Serpentina tels que la Réserpine.

Le développement des chimiothérapies est considérable au point que la gamme des produits proposés s'accroît démesurément. Il est important de reconnaître les chimiothérapies que Delay classe ainsi :

— Psycholeptiques : essentiellement les Phénothiazines (Chlorpromazine = Largactil) et (Levomepromazine = Nozinan) et le R 1625 (Halopéridol) à côté desquels nous pouvons ranger les tranquillisants majeurs (Méprobante = Equanil) et plus récemment les thérapeutiques type 7843 RP (Majeptil).

— Psychoanaleptiques antidépresseurs : Imipramine (Tofranil) et Iproniazide (Marsilid-Taractan).

En pratique, dans les syndromes d'excitation, nous aurons recours soit aux Phénothiazines (Largactil ou Nozinan) soit à l'Halopéridol d'acquisition plus récente dont l'efficacité se montre remarquable.

Dans les états mélancoliques, nous aurons recours à l'Imipramine, plus rarement à la Thioridazine = Melléril — à l'Iproniazide = Marsilid — au Taractan.

Dans les états plus sévères, ces mêmes drogues sont employées mais on peut recourir aussi aux dérivés de la Rauwolfiia (Réserpine).

Enfin, dans certaines formes, à expression surtout névrotique, soit à dominante cenestopathique c'est au 6140 RP (Témentil) auquel on recourra alors que dans les états anxieux simples en particulier au cours de la grossesse on utilisera le Librium.

Mais il est capital de souligner qu'en présence des états psychotiques, et en particulier, des états post puerpéraux, *il est indispensable de recourir à l'association électro-chocs - neuroleptiques.* En

effet, l'électro-choc (qui est et doit être systématiquement pratiqué sous narcose, et que, pour des exigences psychothérapiques élémentaires le malade doit ignorer) a une action plus rapide, plus sûre, permettant la réduction plus facile de la plupart des syndromes mentaux à la période initiale. Mais ses effets peuvent rester insuffisants; c'est pourquoi on avait autrefois recours à la cure de Sakel, et c'est l'avantage immense des cures neuroleptiques que de prolonger l'action des électro-chocs. Ainsi, si dans la majorité des cas, la cure neuroleptique isolée se montre trop lente et le plus souvent insuffisante, son association avec la méthode de Cerletti représente une méthode dont l'efficacité est supérieure à toute autre, sans comporter de risques réels, et de plus les effets secondaires de cette technique sont faciles soit à prévenir, soit à corriger. (Syndromes extra-pyramidaux et antiparkinsonniens de synthèse.)

Les résultats thérapeutiques de nos observations depuis 1954 reflètent la valeur de ces méthodes.

Les méthodes d'hibernothérapie que les premiers Riser, Laboucarié et Barrès avaient proposé en 1953 pour les psychoses hyperthermiques s'imposent pour les formes à type d'encéphalite psychosique que nous avons décrites mais qui s'avèrent maintenant exceptionnelles précisément parce que la rapidité de la mise en œuvre des thérapeutiques par les méthodes précédentes permettent d'éviter ces décompensations graves que constituaient les « délires aigus hyperthermiques ».

Ainsi les thérapeutiques biologiques sont-elles susceptibles grâce à leur perfectionnement d'enrayer l'évolution des psychoses puerpérales dans une proportion telle que l'on peut affirmer que le pronostic des troubles psychiques de la puerpéralité qui, jadis avant l'ère thérapeutique, apparaissait redoutable est maintenant transformé, les psychoses puerpérales étant devenues des accidents dont l'évolution est facile à maîtriser.

3° Risques des thérapeutiques psychiatriques au cours de la grossesse.

Sans avoir à rappeler ici les risques généraux des thérapeutiques de chocs — bien connus, et actuellement exceptionnels en règle générale — et les risques beaucoup plus mineurs et rares des thérapeutiques neuroleptiques, le problème doit se poser d'une manière particulière chez la femme enceinte, au regard des acci-

dents d'interruptions de grossesse, et du retentissement sur le développement du fœtus.

Nous avons déjà souligné qu'il y a contrindication absolue à pratiquer une cure de Sakel pendant le temps de la gestation, les hypoglycémies provoquées pouvant être à priori dangereuses pour la vie de l'enfant, bien que la littérature ne fasse pas état d'accident de cet ordre. Cependant pour Müller et Gralnick (1946), cette contrindication ne serait absolue que pendant la deuxième moitié de la grossesse, et en dehors de cette période, il suffirait simplement d'éviter les comas profonds et les accès épileptiques. D'autre part, R. Lafon, B. Billet et M. Billet (1952) ont pu pratiquer une cure de Sakel avec chocs cardiazoliques pendant une grossesse sans provoquer d'avortement ou de troubles fœtaux. Mais ce cas est unique et ne saurait donc être suffisant pour négliger la réalité des risques. Quant à nous, notre règle a été de ne jamais pratiquer de cure de Sakel en cours de grossesse.

Les méthodes convulsivantes comportent-elles des risques pour l'évolution normale de la grossesse? Si, théoriquement, des risques d'interruption de la grossesse paraissent possibles, en fait, tous les auteurs s'accordent pour reconnaître que les *électro-chocs* pratiqués à des âges différents de la grossesse restent sans dommage pour la mère et l'enfant. Les quelques cas d'avortement ou de natimortalité concernent seulement des femmes ayant déjà fait des avortements spontanés, ou ayant subi un traumatisme (Boyd Jr et Brown (1948), Forssman (H.), Lair (1955).

Notre expérience dans ce domaine concorde en tous points avec les données et dans nos 131 observations, nous ne connaissons aucun cas de mort de l'enfant après une série d'électro-chocs subie pendant une période quelconque de la grossesse. Il est toutefois à noter que les électro-chocs ont toujours été pratiqués sous narcose simple. Les curatisants nous paraissent contrindiqués, du fait de l'apnée qu'ils engendrent, et nous ne les avons jamais employés.

Le problème paraît plus complexe en ce qui concerne l'usage des neuroleptiques et des tranquillisants. On a longtemps craint que l'absorption de Chlorpromazine pendant la gestation n'entraîne des risques certains pour la vie de l'enfant. Le dernier ouvrage de Delay et Deniker (1961) sur l'emploi des neuroleptiques en Psychiatrie, ne souligne à aucun moment une possible dangérosité de ces drogues sur le développement du fœtus. Notre expérience — maintenant étendue — confirme l'inocuité réelle des neuroleptiques classiques utilisés en France. L'usage prolongé, et

l'emploi à posologie élevée des Phénotiazines (Chlorpromazine, Lévomépromazine), du R 1625 (Halopéridol), de l'Imipramine, n'ont jamais provoqué le moindre effet nocif sur le développement de l'enfant.

Plus angoissante apparaît en ce moment la question de l'emploi de certaines drogues à l'étranger, dans le domaine des « Tranquillisants ». En effet, le problème de la dangérosité de certaines chimiothérapies sur le développement embryonnaire s'est trouvé posé avec une redoutable gravité par la constatation que l'absorption entre la cinquième et la sixième semaine de la grossesse de drogues comportant le radical « phtalyl » bloque le développement des membres. Dans plusieurs pays étrangers (Allemagne-Angleterre) on a observé des séries très importantes, de milliers de cas d'enfants nés avec une agénésie des membres. Il est important de noter que ces produits, non commercialisés en France étaient recommandés pour leur action hypnotique, et neuroleptique douce.

B) Les psychothérapies

A côté des méthodes biologiques, les aspects psychothérapiques ne sauraient être méconnus. Nous reconnaissons d'abord qu'en présence des accidents psychotiques la priorité est évidemment aux traitements biologiques, les actions psychothérapiques ne pouvant être efficaces qu'après un certain déblocage réalisé par les chocs et les neuroleptiques.

Mais ces aspects psychothérapiques apparaissent importants aussi dans toute action de l'indispensable attitude psychothérapique au décours des psychoses aiguës et au cours des psychoses délirantes à tendance évolutive, d'une part, que sous l'angle de la psycho-prophylaxie, d'autre part. Ces conduites thérapeutiques sont dominées par le problème des relations mère-enfant comme vient de le mettre en évidence Racamier. Pour cet auteur en effet l'introduction de l'enfant dans le champ d'action thérapeutique présente avant tout un intérêt majeur. Racamier se place surtout dans les cas où la malade présente des troubles mentaux persistants et graves nécessitant un long séjour en hôpital psychiatrique. Pour lui, maintenir la séparation mère-enfant jusqu'à ce que la mère guérisse tout à fait, c'est créer une impasse où elle risque de s'enliser. Car cette séparation systématique est un important facteur d'aggravation conditionnant la fréquence des rechutes et la non rareté des évolutions schizophréniques dans le destin habi-

tuel des psychoses puerpérales. Dans certains cas, l'effet thérapeutique de cette réunion est remarquablement rapide et complète. Lorsque la mère assume sa fonction maternelle on peut déjà la considérer comme guérie.

Mais il est évident que le problème doit tenir compte du stade de la psychose, et que si toutes les thérapeutiques doivent converger vers ce but, à savoir rétablir la relation normale mère-enfant, le problème se pose tout à fait différemment et pour les psychoses aiguës et pour les psychoses chroniques. Pour les psychoses aiguës qu'il s'agisse d'états confusionnels ou de mélancolies, la présence de l'enfant est en fait difficile et inutile à la phase aiguë tant que ces destructurations de la conscience n'auront pas été favorablement modifiées par les chocs, et c'est dès le réveil des malades que l'enfant doit être progressivement rendu à sa mère. De plus, dans les psychoses mélancoliques, il est au contraire essentiel de séparer pendant un certain temps la mère de son enfant, la vie de celui-ci pouvant être exposée, comme certaine de nos observations en témoigne du fait des tentatives de suicide de la mère qui tue son enfant avant de se tuer elle-même.

OBS. 118.

M^me^ A. est sortie de la clinique obstétricale il y a 15 jours. Rentrée chez elle elle est surmenée par les soins à donner à son bébé et par la maladie d'un membre de sa famille. Progressivement, apparaît dans son comportement une tendance dépressive mélancolique avec impulsions suicidaires. De jour en jour son état s'aggrave au point que un matin alors qu'elle est seule, après avoir absorbé une dose massive de barbituriques, dans un véritable raptus anxieux elle assomme sa petite fille avant de sombrer dans le coma. Il a fallu une série importante d'électro-chocs associés au Nozinan pour réduire cette grave crise mélancolique. Depuis 1959, deux autres rechutes suicidaires sont venues perturber la vie de cette malade.

Au contraire, pour les altérations profondes de type délirant schizophrénique, c'est là où le rétablissement d'une relation psychothérapique normale qui représente toujours le but essentiel, peut aussi devenir moyen dans les conditions précisées par Racamier.

Quant aux méthodes de psychothérapie proprement dites, il va de soi qu'elles consistent essentiellement et d'abord en psychothérapie de soutien. Au sens le plus large du mot où concourt la

qualité de la relation médecin-malade, du milieu de cure, de la prise en charge de chaque situation concrète, etc... centrée sur le rétablissement le plus précocément possible de la relation mère-enfant.

Quant aux méthodes psychanalytiques, il va de soi qu'elles sont exceptionnelles, qu'elles ne pourraient se poser en tant que telles que comme traitement des états névrotiques de base en dehors de la grossesse, donc à titre prophylactique, mais qu'elles peuvent inspirer toute attitude psychothérapique.

C) Thérapeutique psychoprophylactique

La psychoprophylaxie de la grossesse, dont le développement au cours de ces dernières années a été si retentissant, doit apparaître de ce fait comme la prophylaxie idéale des psychoses puerpérales.

Voici d'après Lamaze le résumé des principes et de la technique de cette méthode établie dans une perspective rigoureusement pavlovienne. Sans doute cette méthode peut susciter des réserves quant au caractère exclusif des références aux théories du conditionnement, et quant à l'absence de toute référence à la vie affective dont nous venons de voir l'aspect primordial. Dans une perspective opposée les psychanalystes retiennent exclusivement les aspects affectifs.

C'est en effet sous l'instigation de découvertes physiologiques faites par Pavlov sur le conditionnement, que cette conception psychoprophylactique de l'accouchement a été mise à l'honneur.

La psychoprophylaxie de la douleur dans l'accouchement repose sur les travaux de Bikov et de son école, de Velvoski, de Nikolaiev à partir de la théorie de l'activité nerveuse supérieure édifiée par Pavlov au cours de cinquante années d'études expérimentales et cliniques.

Ce n'est qu'en 1920 que les accoucheurs soviétiques, appliquant les données pavloviennes, s'attaquèrent au problème de la douleur de l'enfantement. Ils en arrivèrent aux conclusions suivantes : — dans l'accouchement il peut exister 2 types de douleurs, l'une indépendante de l'état du cortex, dans le cas où le processus de l'accouchement est anormal — l'autre, causée dans le cas où le processus de l'accouchement est normal, par un affaiblissement ou un déséquilibre du cortex sous l'action d'émotions pénibles telles que peur

— crainte — angoisse... Dans l'accouchement sans douleur au contraire il y a une activité forte et bien équilibrée du cortex.

Ainsi put être mise au point et codifiée une méthode précise, rationnelle, expérimentale, qui depuis 1950, a fait l'objet d'une loi pour sa généralisation dans toute l'Union Soviétique, et qui permet aux femmes, dans les cas normaux, d'accoucher sans douleur dans la proportion de 86 à 92 %.

Parallèlement, dans d'autres pays, certains accoucheurs tentèrent de mettre au point sur des bases empiriques, des méthodes de préparation à l'accouchement. La plus connue est la méthode de Read.

Se basant sur la constatation chez les accouchées d'une atténuation réelle des douleurs lorsque existait une exaltation psychique intense créée par la joie de mettre un enfant au monde, Read fût conduit à penser que l'accouchement serait « naturellement » indolore si le cerveau de la femme n'était pas perverti par l'éducation erronée qu'elle reçoit. Bientôt Read compléta sa méthode par quelques pratiques physiques, en particulier, l'entraînement de la femme au relâchement musculaire.

Au point de vue pratique, on essaiera d'apprendre à chaque femme enceinte, le comportement à avoir lors de chaque phase de son accouchement. Il ne s'agira pas de la « distraire » du processus de parturition, mais bien au contraire, de lui en faire prendre conscience en y participant. Cette maîtrise de l'acte de maternité, la femme ne l'obtiendra qu'à condition d'en connaître les règles. La préparation sera en conséquence toujours théorique et pratique. Dans les méthodes françaises actuelles, les séances de préparation sont au nombre de neuf, visant surtout à une connaissance physiologique du déroulement de l'accouchement, et à une éducation respiratoire et neuromusculaire recherchant le meilleur relachement musculaire général possible pour ne pas entraver les muscles qui doivent alors fournir le travail maximum.

Lors de l'accouchement, la femme est mise dans les meilleures conditions psychologiques, mise en confiance par une équipe médicale qu'elle connaît, et avec laquelle elle se sent en sécurité. Dès lors elle appliquera sans difficulté les commandements appris, et demeurera participante à tous les degrés de l'évolution de son accouchement.

Ainsi, grâce à la diffusion de plus en plus grande de ces méthodes, a-t-on pu atteindre un nombre toujours plus important de personnes, pour qui la dédramatisation de la grossesse fût le point

de départ d'une meilleure adaptation à leur vie de femmes. Ne redoutant plus les perspectives angoissantes de l'accouchement, elles acceptent avec plus d'apaisement les modifications biologiques, psychologiques et mêmes sociales qui sont de règle au cours de la maternité. Ainsi pourra-t-on peut être, apporter en matière de psychose puerpérale, le traitement préventif qui jusqu'alors avait fait défaut.

PROBLÈME DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

La prévention des troubles mentaux a pu à la limite poser le problème de l'interruption de grossesse, et celui du contrôle des naissances.

L'interruption de la grossesse, du point de vue psychiatrique, est selon nous pratiquement toujours contrindiquée. D'une part elle ne peut prétendre influencer par elle seule la réduction des troubles mentaux; l'apparition et l'évolution de ceux-ci après un avortement, met bien en valeur ce point. D'autre part, l'interruption de grossesse est susceptible de provoquer des perturbations affectives profondes, et de conditionner une culpabilité de la mère, source de troubles durables.

Dans 6 cas proposés à une expertise psychiatrique (Dr. Labou-carié), l'interruption a été jugée et reconnue inutile et dangereuse, et en définitive rejetée. L'évolution dans tous ces cas s'est montrée à plus ou moins long terme favorable.

Quant au problème beaucoup plus délicat du contrôle des naissances, il implique des aspects infiniment plus complexes à la fois sur le plan personnel, social, moral, et religieux. Nous ne pouvons l'aborder ici. Rappelons cependant la remarquable étude de Duchene, qui, dans une perspective psychiatrique, pose le problème avec une objectivité et une compréhension, qui ne méconnaissent aucun plan des valeurs et des exigences sociales, personnelles, éthiques et religieuses.

CONCLUSIONS

Au cours de cette étude, basée sur 131 observations *d'états psychotiques et névrotiques de la puerpéralité*, nous avons cherché à mettre en évidence les principaux aspects cliniques, étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques des troubles psychiques qui surviennent au cours de la grossesse et après l'accouchement et qui sont classiquement décrits sous le terme de *psychoses puerpérales*.

Ces *psychoses gravidiques* — et ces *psychoses du post-partum* constituent le groupe de cas d'importance numérique la plus grande de notre étude, parce qu'il s'agit de formes majeures nécessitant l'hospitalisation. A côté de ces formes psychotiques, nous avons observé aussi des cas de *crises névrotiques* qui représentent des formes mineures de désordres mentaux, mais dont la frontière est imprécise avec les réactions psychologiques « normales » de la puerpéralité, qui échappent habituellement aux Psychiatres, toutes ces formes étant révélatrices des modifications psychologiques constantes chez la femme enceinte, bien mises en valeur par les Psychanalystes dans la perspective générale du *fléchissement des défenses du Moi*.

Les ASPECTS CLINIQUES des psychoses puerpérales correspondent aux grands syndromes classiques de la Psychiatrie : il s'agit avant tout d'états à « structure aiguë », états confusionnels, psychoses délirantes aiguës, syndromes maniaques, syndromes mélancoliques. Les psychoses évolutives de type schizophrénique ou de type systématisé sont beaucoup plus rares : en fait, il s'agit alors de psychoses qui sont plutôt révélées ou activées au cours de la puerpéralité.

Si l'on retrouve une prédominance des états mélancoliques dans les psychoses gravidiques et une prédominance des psychoses délirantes aiguës dans les psychoses du post-partum, ceci n'est pas significatif et en fait les aspects cliniques ne dépendent pas du stade de la puerpéralité, mais ils apparaissent liés à la structure de la personnalité, donc aux tendances individuelles : à la limite chez les cyclothymiques, les accidents maniaco-dépressifs puerpéraux ne se distinguent pas des accès mélancoliques ou maniaques survenant en dehors de la puerpéralité.

Les crises névrotiques correspondent à des décompensations qui expriment avec plus d'évidence encore la structure psychologique de base.

Les contenus délirants ou les thèmes pourront refléter l'angoisse de la puerpéralité dans une dramatisation de l'événement vécu, fonction aussi bien de l'immaturation affective de la mère, que des circonstances plus ou moins perturbatrices où survient la maternité, mais sans différence fondamentale avec toute autre situation pathogène à un autre moment de l'existence.

En somme, l'*expression clinique des psychoses et des névroses de la puerpéralité emprunte tous les tableaux cliniques de la Psychiatrie et ne comporte aucune spécifité sémeiologique propre.*

Du point de vue ÉTIOLOGIQUE, la recherche des facteurs biologiques, infectieux, toxiques, hormonaux pour expliquer le déterminisme des psychoses puerpérales, montre que *ces facteurs ont un rôle beaucoup plus limité et beaucoup plus indirect dans l'étiologie de ces états mentaux* qu'il n'était classique de l'admettre. Les données étiologiques d'ordre biologique ne peuvent, seules, expliquer l'éclosion, la forme clinique, et l'évolution des psychoses puerpérales pas plus qu'elles ne peuvent aboutir à des applications thérapeutiques efficaces, contrairement aux espoirs fondés en particulier sur les acquisitions d'ordre hormonal.

Dans une perspective opposée, les ÉCOLES ANALYTIQUES contemporaines n'ont voulu reconnaître aux Psychoses puerpérales que des causes et des mécanismes purement psychogènes. Mais cette interprétation, si elle permet une meilleure appréciation du traumatisme affectif qu'est « l'événement grossesse-accouchement », et une meilleure compréhension de la psychologie de la femme enceinte, ne peut être suffisante pour expliquer les conditions d'apparition des troubles mentaux chez certaines femmes, ni pour établir des bases thérapeutiques satisfaisantes.

Du point de vue THÉRAPEUTIQUE, *la nécessité de recourir aux MÉTHODES PSYCHIATRIQUES démontre que la curabilité des psychoses puerpérales dépend des thérapeutiques psychiatriques à action centrale — cures de Sakel (souvent remplacées maintenant), électrochocs et narcoses, cures neuroleptiques et non des traitements hormonaux qui ne peuvent avoir qu'une action complémentaire souvent inutile sinon illusoire.* Les psychothérapies doivent toujours être associées aux méthodes biologiques,

elles seront avant tout de type relationnel, mais ne seront efficaces dans les psychoses, et souvent dans les crises névrotiques, qu'à partir des traitements biologiques.

La SIGNIFICATION des ÉTATS PSYCHO-PATHOLOGIQUES DE LA PUERPÉRALITÉ doit être comprise dans le cadre de *la pathologie réactionnelle* au sens large du terme : ces états psychotiques et névrotiques apparaissent ainsi comme des *décompensations conditionnées par la convergence et l'intrication de facteurs multiples d'ordre psychologique et biologique.*

Le *seuil de décompensation* dépendra à la fois :

— de *facteurs de prédisposition individuelle* — niveau de maturation de la personnalité, degré de structuration du Moi, parfois tendances « constitutionnelles » de type cyclo-thymique.

— de *facteurs situationnels* — situation de précarité, de menaces, événements traumatisants...

— de *facteurs biologiques* — crise hormonale de la puerpéralité et parfois atteinte toxi-infectieuse surajoutée.

Ainsi la grossesse et l'accouchement, événements bio-psychologiques, peuvent devenir, dans certaines conditions de fragilisation, événements traumatisants. *La puerpéralité ne détermine pas la psychose ou la névrose, mais constitue chez certaines femmes mal préparées ou perturbées par leur situation vitale, un facteur étiologique* « précipitant ». La puerpéralité n'est qu'un de ces *moments de fragilité* dans la vie féminine, comme la crise pubertaire et la crise ménopausique et ces diverses périodes de la vie génitale sont de véritables moments de prédilection pour l'éclatement des accidents mentaux sans que l'on puisse invoquer réellement à leur origine un déterminisme spécifique.

Si les psychoses puerpérales ont une certaine allure commune, on ne peut leur reconnaître aucune spécificité ni sur le plan clinique, étiologique, biologique, psychologique ou thérapeutique. Leur étude ne peut être entreprise qu'à la lumière des lois générales de la psychiatrie dans une perspective organodynamique et compréhensible. Et à cet égard, les états psychotiques et névrotiques de la puerpéralité sont des exemples privilégiés de Psychopathologie.

BIBLIOGRAPHIE

Abely (P.). *Les Traitements récents des Psychoses puerpérales.* Feuillets du Praticien, 1950, n° 92 (1-3).

Abely (P.). *Les Névroses et les Psychoses du Post-Abortum.*

Baker (A. A.) et Game (J. A.). *The Social problem of mothers suffering from schizophrenia.* Congress Report (2e Congrès International de Psychiatrie), Zurich, 1957. Vol. III, 79-85.

Balduzzi (E.). *La Psychose Puerpérale. Essai d'interprétation pathogénique.* Encéphale, 1951, 40, 11-53.

Ballet (G.). *Des Psychoses Puerpérales.* La Médecine Moderne, 1892.

Baruk (H.), Melzer, Fargeat et Joubert. *Hormones sexuelles et hypophysaires dans les Psychoses.* Ann. Méd. Psy., 1948, 446-453.

De Beauvoir (S.). *Le Deuxième Sexe.*

Bellak (L.). *Manic Depressive Psychosis and allied Conditions.* New-York, 1952, 306 pages.

Bleuler (M.). *Aspects secrets de la psychiatrie.* Hommage à E. Minkowski. Evol. Psy., 1956, 45-50.

Bonnafé, Naviau, Moisi, Villechenoux. Bilan sommaire d'une étude troubles mentaux de la puerpéralité... Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Juillet 1961, Masson, p. 238-245.

Boyd (D. A.) Jr et Brown (D. W.). *La Convulsivothérapie dans les troubles mentaux associés à la grossesse.* J. Missouri. M. A. Août 1948, 45, 573-579.

Brisset (Ch.), Held (J. P.). *Accidents psychiatriques de la grossesse et de la puerpéralité (Névroses et Psychoses puerpérales).* Encyclop. Méd. Chir. Psychiatrie 2. 1955, 37.660 A10, 1-8.

Brew (M. F.) et Seindenberg (R.). *Psychotic reactions associated with pregnancy and childbirth.* J. Nerv. Ment. Dis., 1950, 111, 408-423.

Cain (J.), Serment (H.) et Verville (M.). *Des Psychoses précoces du Post-Partum.* Ann. Méd. Psy. Juillet 1959, 117 (2), 229-253.

Calderon, Vega (F.). *The most frequent psychosomatic disorder un gynecology and obstetrics.* Gynec. Obstet. Mex. 15 juillet-août 1960, 333-345.

Cohen (L. H.). *Aspects psychiatriques de la grossesse.* Yale, J. Biol. Méd. Oct. 1943, 16, 77-92.

Delay (J.). *Perspectives psychosomatiques.* Presse Méd., 8 oct. 1960, 68, 1607-1611.

Delay (J.), Corteel (A.) et Boitelle (G.). *Explorations cytohormonales au cours des Psychoses du Post-Partum.* Ann. Endoc., 1947, 8, n° 5, 447-451.

Delay (J.), Boitelle (G.), Corteel (A.). *Psychoses puerpérales du Post-Partum. Etudes cytohormonales.* Sem. Hop. Paris, 30 nov. 1948, 24, n° 89, 2891-2901.

Delay (J.), Boitelle (G.), Corteel (A.). *Psychoses puerpérales et explorations cytohormonales.* Ann. Méd. Psy., 1948, 62-68.

Delay (J.), Corteel (A.) et Laine (B.). *Traitement des Psychoses du Post-Partum,* Ann. Endoc., 1953, 14, n° 3, 428-431.

Delay (J.), Deniker (P.). *Méthodes chimiothérapiques en Psychiatrie.* Masson Ed., 1961.

Deutsch (H.). *La Psychologie des Femmes.* Trad. franç. Presses Univ. France. Edit. Paris, 1949.

Dupouy (R.). *Les Psychoses Puerpérales et le processus d'auto-intoxication.* Thèse, Paris, 1904.

Ellis (H.). *Etudes sur la Psychologie des sexes.* 1892-1902.

Esquirol. *Des maladies mentales.* Paris, 1838. Baillière, Edit.

Flament. *Rôle des facteurs psychologiques dans les Psychoses du Post-Partum.* Acta Neur. Psy. Belgica, Vol. 55, 1955.

Forssman (H.). *Etude de l'évolution de 16 enfants dont les mères reçurent des Electro-chocs en cours de grossesse.* Acta Psych. Neur. Scand., 1955, 30, n° 3, 437-441.

Frunkes. *Journal of Nervous and Mental Diseases.* 1928, T. 68; 1934, T. 79.

Gaudin (L.). *Considération cliniques sur les Psychoses Puerpérales.* Thèse, Lyon, 1943-1944.

Gayral (M.-L.), Ferrier (My) et Gleizes (L.). *Psychonévroses de la Puerpéralité.* Toulouse Méd., 1950, 51, n° 6, 325-336.

Gentis. *Les Psychoses Puerpérales et leur traitement.* Thèse, Paris, 1939.

Guiraud (P.), Nodet (Ch.). *Les Psychoses Puerpérales et leur traitement. Action de la Vit. E.* Paris Méd., 19 septembre 1936, 2, 194-199.

Haas. *Les Psychoses Puerpérales. Signes, Pronostic et traitement.* Thèse, Paris, 1939.

Hallward. *Puerperal Mental Desorders.* Suppl. Acta Scandinavica Psychiatra, 1956, Ecole Oslo.

Harris (H. P.). *Réactions Psychotiques puerpérales.* New-Orléans Méd. Surg. J., sept. 1950, 103, 109-112.

Hemphill (R. E.). *Incidence et nature des affections psychiatriques puerpérales.* Brit. Med. J., 6 déc. 1952, n° 4796, 1232-1236.

Ivanova (L. T.). *Psychoses of puerperal and lactation periods.* Zh. Nevropat. Psykhiat. Korsakov, 60, 343-347, 1960.

Jacobs (B.). *Facteurs étiologiques et types de réactions des psychoses consécutives à l'accouchement.* J. Ment. Sc., avr. 1943, 89, 242-256.

Jaffe (R.). *Psychoses de la grossesse.* Harefuah, 15 mars 1951, 40, 81-82.

Klein (H. R.), Potter (H. W.) et Dyk (R. B.). *L'anxiété dans la grossesse et l'accouchement.* Monographie de Méd. Psychosomatique. Hoeber, Edit. New-York, 1950, 111 pages.

Klein (V.). *La Personnalité féminine.* Londres, 1946.

Kraines (S. H.). *Traitement des états psychiatriques consécutifs à la grossesse.* III, Méd. J., sept. 1941, 80, 200-204.

Laboucarie (J.). *Etudes de 36 cas de Psychoses Puerpérales.* Ann. Méd. Psy., 1949, 231-235.

Laboucarie (J.). *Réflexions sur les thérapeutiques organiques et les Psychothérapies dans les Psychoses.* Toulouse Méd., avr. 1958, n° 4, 301-317.

Laboucarie (J.), Lacassin (P.), Barrès (P.). *La cure de Sakel est-elle encore justifiée?* Ann. Méd. Psy., janvier 1960, T. I, 21-46.

Lacassin (P.). *Psychoses délirantes aiguës des jeunes. Problème des Schizophrénies aiguës.* Thèse Méd., Toulouse, 1959.

Laird (D. M.). *La Convulsivothérapie pour le Traitement des Psychoses au cours de la grossesse.* New England J. Med., 2 juin 1955, 252, n° 22, 934-936.

Lamaze (F.). *L'accouchement sans douleur par la Méthode psychoprophylactique.* Encyc. Méd. Chir. Obst., 2, 1956, 5017 H10.

Lamaze (F.). *L'expérience française de l'accouchement sans douleur.* Bull. Cercle Cl.-Bernard, 1er fév. 1954, n° 8, 1-5.

Langer (M.). *Maternidad y Sexo.* 1951. Nova Ed., Buenos Aires, 394.

Lantuejoul (P.), Merger (R.). *La douleur de l'accouchement et sa psychoprophylaxie.* Sem. Hop., Paris, 30 mai 1954, 30, n° 35, 2198-2202.

Lebovici (S.). *La relation objectale chez l'enfant.* La Psychiatrie de l'Enfant. Paris, P. U. F., 1961, III, 1, 147-226.

Le Mappian. *Les Etats dépressifs et la notion de Réaction.* Entret. Psy. Ed. Arche, Paris, 1952.

Levy Valensi (J.). *Psychoses Puerpérales.* Paris Méd., 25 mai 1929.

Linn (L.), Polatin (P.). *Problèmes psychiatriques de la puerpéralité du point de vue de la prophylaxie.* Psy. Quat., avr. 1950, 24, 375-384.

Madder (J.) et Coll. *Caracteristic of post-partum mental illness.* American J. of Psy., vol. 115, 1958, 18-24.

Mc Donald (J.). *Psychoses consécutives à l'accouchement.* Am. J. Insan., 1848, 4, 113.

Magnan. *De la Folie puerpérale.* Gazette Méd., Paris, 17 mars 1877.

Marce. *Traité de la Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales se rattachant à ce sujet.* Paris, 1858.

Marchand (L.), Courtois (A.), Sivadon (P.). *L'encéphalite psychosique aiguë puerpérale.* Presse Méd., 19 juin 1935, 43, n° 49, 984-987.

Mead (M.). *Sexe et tempérament dans les sociétés primitives.* Londres, 1935.

Nicolaiev (M.). *Les taches pratiques en obstétrique et gynécolgie.* Cahiers Méd. Soviétiques, juill. 1953, n° 2.

Nikolaiev (A. P.). *Bases théoriques de la psychoprophylaxie de la douleur de l'accouchement.* Trad. Franç. Rev. Nouv. Méd., juin 1953, 1, n° 1, 61-69.

Notter (A.). *La méthode dite d'accouchement sans douleur par préparation physique et psychique.* Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1945, 6, n° 1, 73-74.

Racamier (P. C.). *Mythologie de la grossesse et de la menstruation.* Evol. Psy., 1955, n° 2, 285-297.

Racamier (P. C.). *Troubles psychosomatiques des fonctions reproductrices de la femme.* Encyc. Méd. Chir. Psychiatrie, Paris, 1955, T. II, 37.490 C10.

Racamier, Sens, Carretier. *La Mère et l'Enfant dans les Psychoses du post-partum.* Evol. Psy., 1961, n° 4, 525-569.

Regis. *Psychoses d'auto-intoxication.* Arch. Neur., 1899, 278.

Riser (M.), Laboucarie (J.), Barrès (P.). *Hibernation dans les Psychoses Hyperthermiques.* Ann. Méd. Psy., n° 2, juill. 1953.

Robertson (G.). *Nausées et vomissements de la grossesse. Etudes en Médecine Sociale et Psychosomatique.* Lancet, 7 sept. 1946, 2, 376-341.

Roland (M.). *Observations cliniques sur la dépression du Post-partum. Son traitement.* West. J. Surg. Obst. Gyn., 1950, 58, 391-393.

Roman-Henyer. *Etude clinique des Psychoses Puerpérales du post-partum et du post-abortum dans leur forme pseudo-schizophrénique.* Dactylo Sorbonne, 1958. Thèse Méd., Paris, 1958, n° 961.

Rosberj Karoj (B. P.). *Direct Analysis contribution to understanding of post-partum psychosis.* Psy. Quat., 1959, vol. 3, n° 2, 296-300.

Sivadon (P.). *Les psychoses puerpérales.* Thèse, Paris, 1933.

Smalldon (J. L.). *Exposé sur les affections mentales liées à la grossesse et à l'accouchement. Am. J. Psy.,* juillet 1940, 97, 80-101.

Thorpe (F. T.). *Traitement de choc des psychoses compliquant la grossesse.* Brit. Méd. J., 5 sept. 1942, 2, 281.

Winnicot (D. W.). *The theory of the parent-infant relationship.* Int. I Psycho. Anal., 1960, 41, 585-595. Trad. Franç. Rev. Franç. Psychanalyse, 1961, 25, 1, 7.26.

Zilboorg (G.). *American Journal of Psychiatry.* 1929, T. 8.

Zilboorg (G.). *Depressive reactions related to parenthood.* Am. J. Psy., 1961, 10, 927.

TABLE DES MATIERES

Introduction. 19

Historique. 21

Études statistiques. 24

Tableau des observations. 27

Névroses et psychoses gravidiques. 28

Psychoses du Post Partum. Etats dépressifs mélancoliques. Accès unique ou traînant. 36

Psychoses du Post Partum. Etats dépressifs mélancoliques. Cyclothymiques. 42

Psychoses du Post Partum. Etats délirants aigus. Evolution rapide. 50

Psychoses du Post Partum. Etats délirants schizophréniques. Evolution traînante ou récidivante. 52

Étude clinique. 62

I. Etat psychonévrotique de la gravidité. 62

Aspects phobiques. 63

Aspects hystériques. 63

Vomissements incoercibles. 64

Aspects psychosomatiques divers. 65

Association d'accidents neurologiques. 66

Etats psychotiques. 66

II. Névroses et psychoses du Post Partum. 67

A. Etats névrotiques. 67

B. Etats psychotiques. 69

1. Psychoses à structure aiguë. 69

Etats confusomaniaques et psychoses délirantes aiguës. 69

Etats mélancoliques. 70

Psychoses hyperthermiques. 74

2. Psychoses chroniques. 75

Etats schizophréniques secondaires. 75

Etats schizophréniques primitifs. 76

Étude étiopathogénique. 78

I. Aspects biogénétiques. 78

Rôle de l'infection. 78

Facteurs toxiques. 79

Facteurs endocriniens. 80

II. Aspects liés au « terrain ». 84

III. Aspects liés au traumatisme affectif. 85

IV. Aspects psychologiques sociaux et culturels. 87

V. Aspects psychanalytiques. 91

Conceptions psychanalytiques concernant la grossesse et l'accouchement. 92

Conceptions psychanalytiques concernant les troubles de la grossesse et de l'accouchement. 95

Problèmes thérapeutiques et pronostic. 102

Thérapeutique anti-infectieuse. 102

Thérapeutiques hormonales. 104

Thérapeutiques psychiatriques. 105

A. Thérapeutiques somatiques. 105

B. Psychothérapies. 110

C. Thérapeutique psychoprophylactique. 112

Problème de l'interruption de grossesse. 115

Conclusions. 117

Bibliographie. 121

Toulouse. — Imprimerie Edouard Privat. — 8180 6-62

PRINTED IN FRANCE